

Å forholde seg til regelverket – hvordan virker dette på avvikshåndtering

En studie fra spesialisthelsetjenesten

Marit Aakvik Sønstebo og Lotte Hernæs



Masteroppgave - Institutt for helseledelse og helseøkonomi

UNIVERSITETET I OSLO

12. august 2009

Innholdsfortegnelse

1. SAMMENDRAG	5
2. INNLEDNING	6
3. HISTORIKK.....	8
3.1 HVORFOR BLE DET MELDESYSTEM.....	8
3.2 MILEPELER I KVALITETSARBEID:	9
3.3 DEFINISJONER.....	10
3.3.1 Pasientskade.....	10
3.3.2 Skader innenfor normal risiko.....	10
3.3.3 Betydelig skade.....	11
3.3.4 Kunne ha ført til skade	12
3.3.5 Kvalitet	12
3.3.6 Kvalitetsutvalg.....	13
3.3.7 Internkontrollsystemet.....	14
3.3.8 Avvik.....	14
3.4 LOVGRUNNLAGET	16
3.4.1 Forarbeid til lov	16
3.4.2 Internkontroll	18
3.4.3 Kvalitetsutvalg.....	18
3.4.4 Krav til helsetjenesten	19
3.4.5 Forsvarlighet.....	21
3.5 MYNDIGHETER	23
3.5.1 Meldesentralen.....	23

4. FORSKERNES FORFORSTÅELSE.....	25
4.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL	27
5. METODE	28
5.1 KVALITATIV METODE	28
6. RESULTATER OG REFLEKSJONER	30
6.1 FUNN - INTERVJU	30
6.1.1 Om roller.....	31
6.1.2 Om læringsaspektet.....	32
6.1.3 Om kultur	36
6.1.4 Om normal risiko eller påregnelig risiko.....	38
6.1.5 Om forsvarlighet	39
6.1.6 Om krav fra myndighetene.....	40
6.2 ANDRE FUNN/UNDERSØKELSER- KILDEGRANSKNING.....	41
6.2.1 Verktøy for kvalitetssikring	42
7. GENERELL DISKUSJON	45
7.1 LOVGIVERS INTENSJONER.....	45
7.2 LEGEROLLEN.....	47
7.3 MANGLENDE VILJE OG EVNE	51
7.4 KULTUR	54
7.5 PROFESJONSIDENTITET	55
8. KONKLUSJONER.....	59
KILDELISTE.....	59

Forord

Denne masteroppgaven er et resultat av to personers samarbeid. Vi valgte å skrive sammen, fordi vi så at det ville bli for krevende å skrive alene. Ved å skrive sammen, fikk vi en kreativ prosess, med mye diskusjoner og gjensidig ansporing til å tenke i stadig nye vinkler. Ikke minst økte energien hos den enkelte, når vi hadde en makker som ikke ga seg. Dette skjedde ofte i løpet av skrivingen. Prosessen har vært lærerik, ikke minst ved at krav til egenledelse har blitt tydeliggjort.

Flere har bidratt til at det er mulig for oss å avslutte masterstudiet vårt ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi. Først og fremst vil vi takke instituttets fantastiske studiesekretær Margery A. Sitkin. Hun gjør en stor innsats for studentene med tilrettelegging og god service. I tillegg er hun alltid i godt humør og bestandig imøtekommende. Vi takker henne også for oppmuntrende ord når skrivingen har gått tregt.

Vår veileder Olaf Aasland har hjulpet og bistått med konstruktiv kritikk, slik at oppgaven kunne ferdigstilles og muligens bidra med ny kunnskap om et kjent problem for helsepersonell.

Prosjektleder Hilde Jordal i Helsedirektoratet har bidratt med verdifulle innspill til tittel og granskende spørsmål som har virket oppklarende når oppgaven syntes å leve sitt eget liv, uoversiktlig og uten kontroll.

Uten våre intervjuobjekter ville det ikke blitt noen oppgave. De lot seg intervju, var imøtekommende og åpne. Uten deres positive innstilling ville vi fått store problemer. Vi er dem en stor takk skyldig!

Og sist, men ikke minst må vi takke familiene, som har holdt ut fraværende studenter, både sjelelig og legemlig. Familiene har oppmuntret oss i tunge stunder, bidratt med å sikre næringsinntak og gledet seg sammen med oss når vi har følt at prosessen har vært god.

1. Sammendrag

Å forstå regelverket er en krevende øvelse i helsetjenesten. En forutsetning for forståelse er at det foreligger en anerkjennelse av eksistens. Flere av våre respondenter kjente ikke til regelverket, ei heller de lovene som regulerer den virksomheten som de arbeider i og som de tilbringer halvparten av sin våkne tid i. Spørsmålet vi stiller oss er hvorfor ikke regelverket er kjent og hvorfor vil mange helsepersonell ikke følge de reglene som er pålagt for å kunne forbedre behandling og tilbud til pasientene. Lovgivers, altså det folkevalgte stortings intensjon er at de gitte lovene skal sikre pasientene god omsorg og behandling. Dvs. at det norske samfunnet ønsker visse krav oppfylt i helsetjenesten, uttrykt gjennom lov og regelverk.

I følge våre funn foreligger kulturelt betinget motstand, særlig uttrykt i legegruppen mot å forholde seg til krav stilt til oppfølging av regelverket om avvikshåndtering. Dette støttes av både nasjonal og internasjonal litteratur. Grunnene til denne kulturelle motstanden er mange og mangfoldige, men særlig kan fremheves redsel for tap av anseelse og også redsel for tilsynsmyndighetene. Vi fant at helsepersonell er opptatt av avvik, men at de er hindret i å oppnå optimal læring ved at de ikke ønsker å dele sine erfaringer med eksterne instanser.

”To err is human, to cover up
is unforgivable, to fail to learn
is inexcusable.”

Sir Liam Donaldson

2. Innledning

I 2006 ble 1855 uheldige hendelser meldt til våre tilsynsmyndigheter. Omtrent en tredjedel av disse meldingene omfattet betydelig personskade, mens halvparten av meldingene omfattet forhold som kunne ført til betydelig skade. 246 meldinger om unaturlig dødsfall ble registrert i 2006. 27 % av alle meldingene hadde feil ved bruk av legemiddel som årsaksforhold.

Peter F. Hjort (Hjort, 2007) har gjort et estimat på hvor mange hendelser som ikke meldes i Norge ut fra internasjonale undersøkelser. På bakgrunn av dette anslår han at i Norge var det 80 000 hendelser, hvorav 1945 meldt i 2005. Lawton and Parker viser i sin artikkel til tilsvarende resultat i UK og i USA (Lawton og Parker, 2002)

Generelle anslag tyder på at 100 feil resulterer i fem nesten-skader og en reell pasientskade.(Helsetilsynet 2002)

Hvorfor denne diskrepansen mellom realitet og registrering? Hva skyldes manglende registrering? Er det forskjell på hvordan de som arbeider med pasientene i spesialisthelsetjenesten og de som arbeider med nasjonale problemstillinger i sentral helseforvaltning oppfatter nødvendigheten av å registrere uheldige hendelser? Hvilke faktorer påvirker holdninger til avvik? Lovverket har vært på plass siden 1992, det bør ikke være mangel på kjennskap til loven som hindrer meldinger om avvik.

Problematikken har fokus lokalt i det enkelte helseforetak, i det enkelte fylket ved fylkesmannen og i sentrale helsemyndigheter, særlig i Statens helsetilsyn. Lovverket omkring avvikshåndtering følges opp med Helsetilsynets meldesentral, årlige rapporter, fylkeslegenes lokale oppfølging av hendelser i fylket og kvalitetsutvalg i hver enkelt institusjon som innhenter og systematiserer avvikshendelser for å kunne forhindre systemfeil.

Vi tror at helsepersonells manglende forståelse av regelverket gir tap av læringsaspekt og kvalitetsforbedringspotensiale.

Fokus for alle som arbeider innenfor helsetjenesten bør være pasientenes beste. De systemer og prinsipper som legges til grunn for virksomheten og for de ansatte, må baseres på at de skal gagne pasientbehandlingen. Samfunnet forventer at helsevesenet skal ivareta de pasientene som helsetjenesten har hånd om. Lovverket som regulerer helsetjenesten gjenspeiler dette.

I den følgende oppgaven skal vi gjennomgå og drøfte en del av problemstillingene og funnene som vi har gjort i løpet av 2008-2009.

3. Historikk

3.1 *Hvorfor ble det meldesystem*

På slutten av åttitallet endret lovgivningen seg fra detaljert styring til rammelov. Dette hadde sammenheng med en generell endring innen styringsfilosofien, da større frihet ble gitt utøvende, lovunderlagte virksomheter. Der styringsmakten tidligere ga godkjenninger, ble det nå endret til tilsyn. Når reglene ikke lenger var detaljstyrende, så ble rettsikringsgarantien sikret ved tilsyn og klageordninger. (NOU: 1992:32 s.139)

Strukturen i lovverket ble endret som en følge av de endrede politiske strømningene, ikke bare i Norge. Det skulle gis større individuell frihet og markedene liberaliseres.

Målsetningen var begrensning av regelmengden, sanering og opprydning med rammelovgivning som system. Dette ga billigere og slankere sentraladministrasjon, teoretisk sett mindre byråkrati og friere markedskrefter. I denne endringen ligger også starten til tilsyn, revisjon og avvikshåndteringen i sykehus.

Virksomhetsstyring, mål og oppdragsbrev ble innført. Resultatene ble målt med statistikk og rapporteringer.

Endringene var gjennomgripende, ikke bare i forvaltningen, men også universitetene ble reformert. Asbjørn Aarnes sier i innledning til boka "Deltakar og tilskodar" at filosofen Hans Skjervheim så endringene ved universitetet som postmodernisme-offensiv. Han tolket at det bakenforliggende motivet var tilpasning til EUs integrasjonsplaner for undervisnings- og forskningspolitikk. Opprinnelig kom ideene fra Thatcher-regjeringens efficiency-politikk (markedstilpasning).

Virksomhetsplanlegging og målstyring sto også her sentralt i endringene. (Skjervheim, 1996)

Konsekvensene av styringsendringene påvirket også helsevesenet og vi fikk innføring av tilsyn, internkontroll, meldesystemer og nye begreper knyttet til kvalitetsarbeid. Etter hvert fikk vi også ordning med pasientskadeerstatning.

3.2 Milepeler i kvalitetsarbeid:

- | | |
|------|--|
| 1984 | Krav om internkontroll i tilsynsloven |
| 1992 | Lovpålagt meldeordning om skader på pasienter |
| 1993 | Krav om kvalitetsutvalg i sykehus, Meldesentralen opprettet |
| 2000 | Medisinske feil, artikkelsamling, Gyldendal |
| 2000 | Landsomfattende tilsyn med internkontroll og kvalitetsutvalg i sykehus |
| 2001 | Nye/reviderte helselover m/ meldeplikt om farlige forhold, om betydelig personskade og om hendelse som kunne ha ført til betydelig personskade |
| 2002 | Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten |
| 2003 | Uheldige hendelser i helsetjenesten, Peter F. Hjort |
| 2005 | Forslag (SHdir) om å opprette et frittstående og uavhengig nasjonalt kompetansesenter for pasientsikkerhet |
| 2007 | Pasientsikkerhetsenheten i kunnskapssenteret etablert |
| 2008 | Sterkt engasjement i profesjonene, ved noen sykehus og i regionale foretak (Baalsrud, 2008) |

3.3 Definisjoner

3.3.1 Pasientskade

Med pasientskade menes skade som knytter seg til helsevesenet og springer ut av en behandlingssituasjon. En skade knytter seg til helsevesenet dersom den er voldt på institusjoner innen spesialist- eller kommunehelsetjenesten, under ambulansetransport eller av helsepersonell med offentlig autorisasjon eller lisens. Pasientskadeloven § 1, annet ledd inneholder en omfattende, men uttømmende definisjon av hva som utgjør en behandlingssituasjon. Utover behandlingssituasjoner som undersøkelse, diagnostisering og behandling, omfattes også analyser av prøver, medisinsk forsøksvirksomhet, røntgen og donasjon av organer, blod og vev. Uten koblingen mellom helsevesenet og behandlingssituasjonen foreligger det ikke en pasientskade i lovens forstand. (Thomassen, 2004)

3.3.2 Skader innenfor normal risiko

Skader som ligger innenfor normal risiko i forbindelse med ytelse av helsetjeneste skal ikke meldes. Med skader som ligger innenfor normal risiko menes skader som er utslag av en kjent risiko og som inntreffer til tross for at behandlingen m.v. på alle måter er korrekt faglig utført, med unntak av sjeldne komplikasjoner som medfører betydelig skade. Slike skader ansees ikke å ligge innenfor normal risiko og skal derfor meldes. Tilsvarende skal kjente komplikasjoner som skyldes svikt i behandlingen meldes.

Begrepet ”normal risiko” er et problematisk begrep, da det er tolkbart. Våre funn viser at dette begrepet sannsynligvis dekker over en stor andel skader som ellers kunne blitt meldt. Når det oppstår skade innenfor normal risiko, regnes dette som ikke meldepliktig. Dette blandes sammen med skjønn som skal ligge til grunn for å

vurdere betydelig skade og dermed faller alvorlige komplikasjoner ut av meldingsrutinene.

3.3.3 Betydelig skade

Fra rundskriv I-54/2000: Betydelig skade vil si at skaden vil få vesentlige konsekvenser for pasientens sykdom, lidelse eller innebærer vesentlige smerter eller redusert livsutfoldelse på kortere eller lengre sikt.

Vurderingen av om det foreligger en hendelse som innebærer betydelig skade eller som kunne ha ført til betydelig skade, vil måtte være skjønnsmessig. Ved vurderingen legges vekt på forhold som invaliditetsgrad, betydning for sykdomsutvikling og senere behandlingsmulighet, varighet, forlenget sykehusopphold og behov for attføring, sykemelding, ytterligere komplikasjoner, behov for reoperasjon og pasientens egen vurdering av konsekvensene.

Arten eller graden av den påførte skade eller sykdom vil være hovedtema ved vurderingen. Skadens omfang må veies mot varighet. Selv om skadeomfanget er lite eller sykdommen er lite alvorlig må den ansees som betydelig dersom den vil vare over flere år eller være livsvarig. Dersom tiltakene innebærer reoperasjon eller forlenget sykehusopphold, forlenget sykemelding, opptrening og attføringstiltak i større grad enn hva som er vanlig for den tilstand eller sykdom pasienten var til behandling for, vil det i alminnelighet måtte ansees å foreligge en betydelig skade. Skjønnnet som her legges til grunn gir også en mulighet for å la være å melde betydelig skade. For eksempel vil en lungeemboli i forbindelse med et kirurgisk inngrep ikke nødvendigvis ansees som meldepliktig fordi postoperativ lungeemboli er påregnelig og vil i de fleste tilfeller kunne behandles.

3.3.4 Kunne ha ført til skade

Utvidelse av meldeplikten i forhold til tidligere blir omtalt i odeltingsproposisjon (ot. prop) nr 10 1998-99. Odeltingsproposisjoner gir begrunnelser, utdypninger og hensikt som ligger i et lovforslag til Stortinget. Ot. prop. omtales ofte som ”forarbeider til lov” og er ofte kilden for å kunne finne lovgivers intensjon med lover. I ot. prop. nr 10 1998-99 ønsker myndighetene å få fokus ikke bare på skader som hadde konsekvenser, men som også kunne ha hatt konsekvenser for pasienten. For å unngå at hendelser kan få konsekvenser for pasientene, er det viktig å registrere og være oppmerksom på hendelser uten konsekvenser for å kunne iverksette korrigerende tiltak. Dette er de hendelsene som teoretisk sett vil kunne gi mest i et kvalitetsarbeid, da det ikke skjer noe som har konsekvenser for pasientene. Det vil derfor være enklere for helsepersonell å melde disse fordi disse som oftest ikke medfører konsekvenser for involvert helsepersonell.

3.3.5 Kvalitet

Begrepet kvalitet er et tolkbart begrep ut fra hvordan den enkelte vurderer hva som synes å være oppfylt av en forutsatt norm. Det foreligger flere tolkninger om hva kvalitet er, først semantisk fra Bokmålsordboka: **Kvalitet** fra lat. ”egenskap”, av qualis ”hvordan”, i betydningen ”beskaffenhet, egenskap, art.”

NS-ISO 8402 som er et verktøy hovedsaklig rettet mot næringslivet sier at kvalitet er ”helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydnet.” Videre er kvalitetssikring ”alle systematiske og planlagte tiltak som er nødvendige for å få tilstrekkelig tiltro til at et produkt eller en tjeneste vil tilfredsstille angitte krav til kvalitet.”

Tidligere senter for helsetjenesteforskning, HELTEFs definisjon av kvalitet i sykehus er:

Oppnåelse av ønsket helseresultat for individer eller for befolkning på en måte som pasientene og befolkningen har tillit til og er tilfredse med, gjennom behandling som samsvarer med oppdatert og kunnskapsbasert praksis, og innenfor begrensede ressursrammer. Kvalitet kan også sees på som en funksjon av leveranse og forventning. Kjernen i pasientarbeid vil da være møtet mellom pasient og behandler.

Nasjonal helseplan 2007-2010 sier at med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi vil øke sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst menes både å forbli frisk, å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet.

3.3.6 Kvalitetsutvalg

Som ledd i internkontrollen som virksomheter er pålagt å føre, omtaler spesialisthelsetjenesteloven særlig kvalitetsutvalg. De helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven plikter å opprette kvalitetsutvalg. Intensjonene med kvalitetsutvalgene er at disse er en viktig del av helseinstitusjonenes kvalitetssikringsarbeid.

Hvem som skal være representert i kvalitetsutvalget, er ikke nærmere beskrevet.

Den manglende beskrivelsen av representasjon gir muligheter for lokale tilpasninger i den enkelte virksomhet. I praksis har alle helseforetak i spesialisthelsetjenesten i dag kvalitetsutvalg. Noen steder kalles utvalgene ikke kvalitetsutvalg, men kan for eksempel hete pasientskadeutvalget. Kvalitetsutvalgene fungerer som utvalg som kan være ulikt sammensatt fra virksomhet til virksomhet, uavhengig av benevnelse. Utvalgene utfører noen kjerneoppgaver som er felles, som for eksempel innsamling og systematisering av avviksmeldinger, kontaktpunkt mellom helsemyndighetene og helsepersonell og informasjons- og kunnskapssentrum.

3.3.7 Internkontrollsystemet

Alle virksomheter er pålagt å ha et internkontrollsystem. Med begrepet internkontroll siktes det etter tilsynsloven § 3 til ”*alle systematiske tiltak som skal sikre at virksomhet planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med (...) krav fastsatt i eller i medhold av lov*”, jf. også forskriften om internkontroll § 3. Kravet om internkontroll retter seg derfor mot å kontrollere at myndighetskrav (krav i lov og forskrift) etterleves. (Molven s.217)

Hva er et system?

Det er en kombinasjon av:

- struktur
 - prosess
 - kultur
 - mennesker
 - hierarki
 - regler
 - organisasjon
 - kommunikasjonslinjer
 - Struktur**: alt som kan tegnes skjematisk
 - Prosess**: alt som foregår
 - Kultur**: måten det foregår på
- (Baalsrud 2008)

Internkontrollsystemet er et generelt system som skal angi hvordan avvik fra lovkrav og fastlagte rutiner blir meldt tilsynsmyndighetene og behandlet.

Internkontroll er en del av arbeidet med kvalitetssikringen i en virksomhet, hensikten er å oppnå kvalitetsforbedring. Internkontrollen er i hovedprinsippet risiko- og systemorientert. Internkontrollsystemet skal sikre at kravene i loven følges og at virksomheten drives faglig forsvarlig.

Dette omfatter virksomhetene i helsetjenesten, men gjelder også andre virksomheter.

3.3.8 Avvik

De begrepene som hittil er beskrevet, samler seg om behandlingen av fenomenet avvik. I semantisk forstand er **avvik** (av *avvike*) det å vike av (fra en viss retning el.

norm), forandring (Bokmålsordboka). Avvik kan forstås som svikt, feil, mangler, uønskede hendelser og hendelser uten konsekvenser for pasienten (nesten-hendelse). Det kan fra tilsynsmyndighetene defineres som manglende oppfyllelse av myndighetskrav. Myndighetenes grense for når et avvik blir meldepliktig, skiller de mindre alvorlige hendelsene fra de mer alvorlige. Se definisjon av skader innenfor normal risiko og betydelig skade tidligere i oppgaven, punkt 3.3.2 og 3.3.3.

Analyse av avvik

Fire spørsmål står alltid sentralt når en uheldig hendelse eller nesten-hendelse har inntruffet:

- Hva hendte?
- Hvordan hendte det?
- Hvorfor hendte det?
- Hvor alvorlig var det?

Svarene på de tre første spørsmålene forklarer hendelsen og er utgangspunktet for forebyggende tiltak. For å få pålitelige svar, må hendelsen analyseres på en systematisk måte.

De fleste hendelser er lette å forstå. De bør rapporteres, analyseres og håndteres lokalt. Det bør skje fort slik at en kan sette i gang forebyggende tiltak. Tiltakene må følges opp, og personalet må se at rapportering nytter.

Det fjerde spørsmålet må alltid vurderes. Hvor alvorlig var hendelsen og hvor stor er sannsynligheten for at det skal skje igjen. For å lette denne vurderingen bør en bruke en risikomatrise, se figur 1. Her forsøker en å gradere både alvorlighetsgrad og sannsynlighetsgrad for at det kan hende igjen. En multipliserer alvorlighetsgrad og sannsynlighetsgrad og får et risikotall. Hvis tallet er over 8, bør en alltid gjøre en analyse av årsaken.

Alvorlighetsgrad/ sannsynlighet for at det skal hende igjen

Konsekvens					
Risiko		Katastrofal (4)	Stor (3)	Middels (2)	Liten (1)
	Meget stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Middels (2)	8	6	4	2
	Liten (1)	4	3	2	1

Figur 1. Risikomatrise (Hjort, 2007).

Trender innen avvikshåndtering

Hofoss og Deilkås viser også til at det er trender innen synet på avvikshåndtering. De siste årene har synet endret seg fra passiv, retroaktiv holdning (retroaktiv syndebukkmentalitet) med etterforskning/undersøkelser i etterkant, til å se avvik fra pasientenes ståsted. Hofoss og Deilkås viser til WHO's World Alliance for Patient Safety's arbeid for å identifisere pasientsikkerhetsproblemer i helsetjenesten, lage løsninger og implementere endringer. Alt dette gjøres i samarbeid med helsearbeidere og politikere (Hofoss og Deilkås, 2008).

3.4 Lovgrunnlaget

3.4.1 Forarbeid til lov

Mye av bakgrunnen til de lovene som regulerer avvikshåndtering og beskriver krav til forsvarlighet og til systematisk arbeid med kvalitet i helsetjenesten er beskrevet tidligere i dette kapittelet. Introduksjonen til avvikshåndtering finner vi i ot. prop. nr 33 (1991-1992). Ot. prop. nr 33 er endringsforslag til den daværende sykehusloven.

Begrunnelsen for endringen ved å ta inn avvikshåndtering i lov er beskrevet i punkt

2.1 Bakgrunn og formål.

Det har i den senere tid blitt reist berettiget kritikk mot dagens melderutiner i helsetjenesten. Meldingsrutinene er ikke gode nok, og departementet ser behov for å sikre kvaliteten i helsevesenet. (...) Etter departementets mening bør det etableres en meldeplikt ved personskade med lovmessig forankring (...) Meldingene bør gis fylkeslegen som i egenskap av tilsynsmyndighet kan treffe tiltak på grunnlag av de meldingene som innkommer.

Ot. prop. nr 33 (1991-1992) gir i 2.3 beskrivelse av hendelser som utløser meldeplikt. Det er hendelser som har medført eller kunne ha medført ”betydelig personskade”. Ot. prop. nr 33 beskriver i merknadene til § 18a at med ”personskade” menes enhver forringelse av pasientens fysiske eller psykiske helsetilstand. Kravet om at personskade skal være betydelig må vurderes konkret og skjønnsmessig.

Senere skifter sykehusloven navn og blir til lov om spesialisthelsetjeneste, og bestemmelsene om meldeplikten ved personskade opprettholdes. Ot. prop nr 10 (1998-99) opplyser at ”Ved lov 30. april 1992 ble den någjeldende § 18 a tilføyd i sykehusloven. Bakgrunnen for forslaget var blant annet å gi fylkeslegene et grunnlag for tilsyn generelt og for å følge med i hvordan kvalitetsarbeidet drives i helsetjenesten.” Videre sies det i Ot. prop. 10 at Helsetilsynet påpeker at det eksisterer en usikkerhet vedrørende forståelsen av kriteriene for når meldeplikten inntreffer. (...) Helsetilsynets rundskriv til bestemmelsen fremgår det også at det ikke skal sees hen til hvilke konsekvenser hendelsen faktisk fikk. Her kommer altså bestemmelsen om at også hendelser uten konsekvenser for pasientene skal meldes. Grunnen er at det ofte er tilfeldig hvorvidt en hendelse medfører betydelig skade eller ikke. Hensikten med meldeplikten er først og fremst å avklare hvorfor et uhell eller nesten-uhell skjedde, for så å forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen, slik at pasienter dermed ikke risikerer å bli utsatt for skade. Da er nesten-hendelsene like viktige å gripe fatt i som hendelsene med konsekvenser for pasientene. Ot. prop. 10 sier at et velfungerende

kvalitetssystem vil legge vekt på å fange opp avvikshendelser, uansett hva resultatet av behandlingen eller unnlatelsen blir.

Gjennom disse presiseringene og utvidelsene til den nye spesialisthelsetjenesteloven, understreker myndighetene viktigheten av at virksomhetene bygger opp systemer og kompetanse i egen virksomhet for å ivareta pasientenes sikkerhet og kunne bidra til et fleksibelt og tilpasset system for oppfølging av kvaliteten i diagnostisering, behandling og omsorg til pasientene. Internkontrollforskriften skal sikre at virksomhetene følger opp i forhold til egne ansatte.

I forbindelse med reorganiseringen av sentral helseforvaltning i 2002, ble fylkeslegenes tilsynsfunksjon omdøpt til "Helsetilsynet i fylket". Det er dette begrepet vi møter i offentlige dokumenter etter 2002.

3.4.2 Internkontroll

Internkontrollforskriften skal sikre at virksomheter planlegger, organiserer, utfører og vedlikeholder sine aktiviteter i samsvar med sosial- og helselovgivningen. Dette er det overordnede lovverket som pålegger virksomhetene innen helsetjenesten å følge opp lover og regler som er satt for tjenesten. Virksomhetene skal sikre at de ansatte har kompetanse for å kunne følge lovpålagte krav.

Internkontrollkravet spesifiserer ikke hvordan opplæring skal organiseres, men det stilles krav om at ledelsen på en systematisk måte må sikre seg at alle har den nødvendige kompetanse til enhver tid. Det å sikre dette kan derfor skje på de måtene profesjonene har tradisjon for (Andresen og Kittelsen, 2007, s.61).

3.4.3 Kvalitetsutvalg

Virksomheter som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll institusjonen er pliktig til å føre

Kvalitetsutvalget skal kunne kreve opplysninger som er nødvendige for utførelse av dets arbeid uten hinder av taushetsplikt.

Forholdet mellom profesjon og regelverk

Profesjonen setter standard for god praksis. Det gir profesjonen makt når det hele tiden vises til god faglig praksis, jf. helsepersonelloven. Når helsepersonell yter tjenester med god faglig standard, vil pasientene motta god og omsorgsfull hjelp.

Pasienters sikkerhet for at de får den helsetjenesten de har behov for er tett knyttet opp til den profesjonelles krav til egen kompetanse. Den profesjonelles systematiske bruk av vitenskap og erfaring utgjør grunnstammen i internkontrolltenkningen så vel som i profesjonens egne krav til seg selv (Andresen og Kittelsen, 2007, s.61).

Lovverkets krav til kompetanse hos den som skal være helsepersonell gjelder uavhengig av kravet til internkontroll. Regelverkets krav om at man ikke skal overskride sin kompetanse, at man skal søke råd og samarbeid og innrette seg etter arbeidets karakter og situasjon for øvrig innebærer at på dette området er det igjen en sammenheng mellom profesjonenes krav til seg selv og regelverkets krav.

Internkontrollen endrer ikke dette, men den bygger på det samme prinsippet og bør derfor kunne fremstå som et verktøy for ledere og den enkelte profesjonelle når det skal treffes beslutninger om hvem som skal gjøre hva (Molven, 2006).

3.4.4 Krav til helsetjenesten

Kravene til virksomhetene i helsetjenesten er beskrevet i spesialisthelsetjenesteloven. Dette er overordnede systemkrav som skal sikre at virksomhetene driver spesialisthelsetjeneste som er forsvarlig og som gir myndighetene muligheter til å kontrollere at befolkningen mottar forsvarlige helsetjenester. Kontroll utøves særlig gjennom Helsetilsynet i fylkene og av Statens helsetilsyn og beskrives i spesialisthelsetjenesteloven.

§ 1-1 Lovens formål er særlig å:

1, fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning,

2, bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,

(...)

I merknadene fremgår at dette er de overordnede bestemmelsene i loven som hele loven skal bidra til å oppfylle.

§ 3-3. Meldeplikt til Helsetilsynet i fylket

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

I merknader til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 første ledd sies at det er ikke avgjørende for meldeplikten om hendelsen har fått konsekvenser for pasienten. Det er skadepotensialet i selve hendelsen som avgjør om den skal meldes eller ikke. Videre at: *”Hensikten med meldeplikten er først og fremst å avklare årsakene til uhell og nestenuhell og at erfaringene blir brukt til forebyggende arbeid.”*

Meldeplikten skal sikre at det føres en sentral statistikk over alvorlige hendelser i helsetjenesten, at Statens helsetilsyn kan føre tilsyn og gi råd både i forhold til den systematiske behandlingen, internkontrollen, individtilsyn og oppfølging av alvorlige forhold som kan sette pasientene i fare. Meldeplikten skal støtte opp under internkontrollsystemet og kvalitetsarbeidet i helseinstitusjonene. Virksomhetene har behov for bearbeiding av de data som innhentes for eget kvalitetsarbeid. Meldeplikten sikrer også at virksomhetene kan oppfylle sine lovpålagte forpliktelser i forhold til internkontrollkravet. Tilsynsmyndighetene har behov for å kunne utøve myndighet

ved å kontrollere og sanksjonere, og kunne utarbeide nasjonale oversikter og utarbeide systematiske rapporter. Dette er aggregert kunnskap som igjen kan tilbakeføres til helsetjenesten for forbedring av eget arbeid.

Det påligger helsepersonell en individuell plikt i helsepersonelloven § 17 til å følge opp hendelser som kan være til fare for pasientene. Helsepersonell skal selv gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet. Lovverket sikrer både virksomhetens plikt i spesialisthelsetjenesteloven og den individuelle plikten i helsepersonelloven.

Organisering av virksomhet som yter helsehjelp

I helsepersonelloven § 16 heter det at virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette legger en særlig plikt på virksomhetene til å sikre at arbeidsforholdene er tilpasset slik at også avviksmeldinger kan følges opp av den enkelte arbeidstaker innen virksomheten.

Krav til årsakssammenheng

Skaden ansees voldt av helseinstitusjonen dersom skaden eller sykdommen er oppstått i sammenheng med ytelse av helsetjeneste og at det ikke er overveiende sannsynlig at skaden skyldes annen sykdom eller annen påvirkning. Med ytelse av helsetjeneste menes forebygging, veiledning, undersøkelse, diagnostisering, forsøk, donasjon, behandling, tilsyn, pleie- og omsorg eller mangelen på dette.

3.4.5 Forsvarlighet

Helsetjenestene skal være forsvarlige. Forsvarlighet er et komplisert begrep som omtales først og fremst i helsepersonelloven. Kravet retter seg både mot det enkelte helsepersonell og mot virksomheten.

§ 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

I merknadene utdypes begrepet forsvarlighet. *Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard. Med rettslig standard menes at rettsregelens innhold kan variere over tid, og ikke knytter avgjørelsen til bestemte og entydige kriterier, men gir anvisning på en bestemt målestokk til bruk ved bedømmelsen. Begrepets innhold varierer med faglig utvikling, verdioppfatninger og lignende.*

I Ot. prop nr 13 (1998-1999) punkt 4.2.5.3 står det at innholdet i forsvarlighetsnormen vil avhenge av den enkeltes faglige tilhørighet, kvalifikasjoner, variasjoner i personlig erfaring og kompetanse.

Tolkninger av forsvarlighetsbegrepet

Kravet til forsvarlighet er det mest sentrale bestemmelsen for behandlingssituasjonen og har størst praktisk betydning for helsepersonells yrkesutøvelse. Hovedhensynet for dette kravet er å *beskytte pasienten og samfunnet mot handlinger og unnlatelser som innebærer "unødvendig" skaderisiko eller likegyldighet evt. ignorerende adferd.*

Videre sier Befring og Ohnstad at det i forsvarlighetskravet ligger *innebygget en rettslig og faglig norm* for den enkeltes yrkesutøvelse. Normen er ikke statisk, men bygger på hva som kan forventes av den enkelte ut fra kompetanse og situasjon (Befring og Ohnstad, 2001, s. 32-39).

Molven (s.184) hevder at kravet til forsvarlighet er en av de rettslige bærebjelkene i helseretten. Kravet kan ikke klarlegges ved hjelp av entydige kriterier, men gir anvisning på en bestemt målestokk når noe skal bedømmes. Forsvarlighet kan både angå enkelthandlinger og summen av enkelthandlinger eller også måten en virksomhet drives på. Forsvarlighet er å forstå som en minstandard. Kjernen i kravet til forsvarlighet er at det skal handles i samsvar med det faglig optimale eller

gode. Før man sier at en handling er uforsvarlig er det imidlertid prinsipielt plass for å avvike fra det faglig gode. Det er rom mellom det faglig gode og uforsvarlig praksis. Praksis kan være forsvarlig uten at den er god og det er ikke alltid enkelt for helsepersonell å vite hva som er minstestandard for forsvarlighet. Derfor må helsepersonell sørge for at egen praksis ligger godt innenfor en faglig god standard.

I Ot. prop. 10 1998-1999 til spesialisthelsetjenesteloven sies at for å sikre at innholdet i tjenesten er forsvarlig, må ulike komponenter være til stede. Eier og ledelse må sørge for at utstyret er i orden, at personellet har tilstrekkelig kompetanse, at ansvarsforhold er avklart, at forsvarlige vaktordninger er etablert m v.

Forsvarlighetskravet innebærer således også et krav til forsvarlig organisering av virksomheten, og vil blant annet innebære at det gjennomføres organisatoriske og systemmessige tiltak som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle den plikt til forsvarlig yrkesutøvelse som pålegger dem. Dette finnes igjen i helsepersonellovens § 16 som forplikter virksomhetene til å gi helsepersonell muligheter for overholde lovpålagte plikter.

Forsvarlighetsnormen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 har et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven.

Situasjonsbetingede eller subjektive forhold kan medføre at involvert helsepersonell ikke anses å ha overtrådt forsvarlighetsbestemmelsene, med de sanksjonstiltak som dette kan utløse. I slike tilfeller vil likevel den forsvarlighetsnorm som i § 2-2 er knyttet til selve institusjonen og helsetjenesten kunne anses overtrådt.

3.5 Myndigheter

3.5.1 Meldesentralen

Meldesentralen er en nasjonal database der lovpålagte meldinger om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten blir registrert. Den ble etablert i 1993 og ligger

under Statens helsetilsyn. Formålet var å etablere et meldesystem som kunne samordne all informasjon om meldte uønskede hendelser i helsetjenesten. Før det var det etablert en meldeordning for ulike typer medisinsk utstyr i helseinstitusjoner. Høsten 1993 ble bare meldinger der elektromedisinsk utstyr var involvert sendt og registrert i Meldesentralen. I løpet av 1994 ble meldesystemet kraftig utvidet ved at mange typer hendelser ble rapportert og registrert i Meldesentralen. Utvidelsen omfattet også melding til fylkeslegen ved ”betydelig skade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste” etter sykehusloven § 18a og unaturlige dødsfall som også skal meldes til politiet. Det ble videre etablert en praksis med å melde mindre alvorlige hendelser og uønskede hendelser uten pasientskade (hendelser som ikke var meldepliktige etter loven) direkte til Meldesentralen.

Fra 1.1.2001 ble meldeordningen endret da sykehusloven ble avløst av spesialisthelsetjenesteloven. Fra dette tidspunkt er det arbeidet Meldesentralen i Statens helsetilsyn driver, basert på meldeplikten i spesialisthelsetjenesten § 3-3 første ledd. Virksomheter som er omfattet av denne loven har plikt til å gi melding til Helsetilsynet i fylket om hendelser som har ført til, eller kunne ha ført til, betydelig personskaade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste. Det ble slutt på den tidligere praksisen med å melde mindre alvorlige hendelser og uønskede hendelser direkte til Meldesentralen.

De meldepliktige hendelsene skal meldes fra helseforetakene og annen spesialisthelsetjeneste på meldeskjema IK-2448 til helsetilsynet i fylket (vedlegg 1). Helsetilsynet i hvert fylke registrerer data fra meldeskjema i en nasjonal database, Meldesentralen. Statens helsetilsyn har driftsansvar for Meldesentralen og Helsetilsynet i hvert fylke har ansvar for å registrere meldingene i databasen.

Meldeskjemaet ble revidert i løpet av 2006-2007, og det reviderte skjemaet ble tatt i bruk fra september 2007. Ny database ble opprettet i oktober 2007. (Helsetilsynet 5/2008)

4. Forskernes forforståelse

Forfatterne av denne masteroppgaven er to kandidater med to forskjellige ståsteder innen helsetjenestesystemet, hhv. spesialisthelsetjenesten og forvaltningen. Det var naturlig for oss å skrive en komparativ oppgave om en felles opplevd problemstilling: Manglende samsvar mellom praksis og regelverk. Kandidatenes forforståelse er felles og formet av mange års erfaring innen hvert fagområde. Vi har hver for oss opplevd avvik gjennom mange år i variert klinisk tjeneste tidligere. Vi har hver for oss kunnet studere våre kollegers holdninger og atferd i forbindelse med avvikshendelser og oppfølgingen av dem. I tillegg til klinisk praksis har MAaS har mange års erfaring og arbeid med avvikshåndtering i spesialisthelsetjenesten og LH erfaring fra forvaltningen, herunder bl.a. arbeid med avviksmeldinger, tilsyn med helsepersonell og samarbeid med jurister som medisinsk faglig rådgiver i Helsedirektoratet. Vår felles forforståelse er at det eksisterer en motstand mot regelverksbestemmelser, herunder meldesystemer. Meldinger om avvik ansees som negativt, tidskrevende og til og med potensielt farlig for den enkelte. Samtidig vet vi fra våre mange tjenestear innen klinisk praksis at pasientbehandling er et risikofylt felt, og at de fleste innen helsesektoren har opplevd avvik, enten utført selv eller vært vitne til avvik blant kolleger. Avvik skjer uavhengig av yrkesgruppe eller rolle i pasientbehandlingen, men forutsetter naturligvis at pasient og behandler er del av hendelsen.

Daglig møter tilsynsmyndighetene og det enkelte helsepersonell holdninger og oppfatninger som motarbeider lovgivers intensjoner med reguleringen av avvikshåndteringen.

Vi har valgt å fokusere på legegruppen. Etter hvert som vi arbeidet med denne oppgaven, ble det tydelig for oss at vårt fokus skulle primært rettes mot legene. Legene er sentrale i all pasientbehandling, de er ansvarlige for diagnostisering, behandling, planlegging og oppfølging av en pasient i et sykdomsforløp. Det er legene som i kraft av sin innflytelse, både i forhold til pasienter, men også i forhold til

annet helsepersonell involvert i behandlingen, vil kunne påvirke også avvikshåndtering når noe uforutsett skjer. Våre funn og litteraturen som vi legger til grunn, bekrefter antakelsen om at motstanden mot å melde ligger i stor grad innen for denne gruppen. Legeprofesjonen har vært og er svært innflytelsesrik i norsk helsetjeneste. De fleste ledere på høyt nivå er leger. Legeprofesjonen har vært og er fortsatt en profesjon med stor grad av faglig autonomi og sterk indre justis.

Regelverk som omtales i denne oppgaven er begrenset til regelverket knyttet til avvikshåndtering. Avvikshåndteringen er en arena der man tydelig kan se utøvers oppfølging av lovverk. Statens helsetilsyn driver Meldesentralen og fylkesmennene samler inn og genererer avviksmeldinger til statistikk. Rapportering er foretatt siden tidlig 90-tall i Norge. Det finnes statistikk og rapporter fra år tilbake og det er skrevet utallige artikler og akademiske arbeid basert på funnene i forbindelse med avvikshåndtering, både nasjonalt og internasjonalt.

I intervjusituasjonen var allerede MAaS kjent for flere av intervjuobjektene etter mange års samarbeid. Dette kunne påvirke situasjonen og det enkelte intervjuobjekts opplevde mulighet for å uttale seg fritt. LHs arbeidssted ville for noen av intervjuobjektene kunne påvirke deres besvarelser og kanskje hindre refleksjonen. Intervjuobjekt 5 var kjent av LH, men ville i sin styrke og stilling trolig ikke påvirkes av situasjonen.

Forforståelsen vil alltid være en faktor som må tas med i betraktningen av oppgaven. Forforståelsen gir svakhet ved oppgaven ved at vårt utvalg av sitater påvirkes, vårt litteratursøk påvirkes i seleksjonen av hva vi søker etter og hvilke kriterier vi legger for søk. Vår forforståelse kan være denne oppgavens bias, selv om vi har bestrebet oss på å være bevisst denne påvirkningen.

4.1 Forskningsspørsmål

Hvorfor følges ikke regelverket knyttet til avvikshåndtering?

Er det et resultat av ulike kulturelle oppfatninger eller manglende felles forståelse?

5. Metode

5.1 Kvalitativ metode

Metoden vi har valgt å bruke er kvalitativ, hovedsakelig basert på dybdeintervju og dokumentgransking. Kvalitativ metode er best egnet der vi skal forsøke å beskrive forståelse og tolkning som framsatt i vårt forskningsspørsmål. I denne oppgaven skal vi forsøke å beskrive kulturelle forskjeller, kulturelle tolkninger og forståelse.

Kvalitativ metode fremstår som best egnet til å beskrive og kartlegge vår problemstilling. Kvalitativ forskning preges av et lite antall enheter og mange variabler. Dette er passende for vårt valg, vi skal beskrive to forskjellige enheter og en uendelighet av tolkninger. Vi skal gå i dybden av våre definerte problemstillinger. Enhetene (myndigheter og helsepersonell) står i et eksternt forhold til hverandre. De relasjoner som vi håper å beskrive, er relativistiske og kausale. Vi skal forsøke å avdekke meningsforskjeller og – sammenhenger. Vi støtter oss til hermeneutikken, filosofien som sier at de kvalitative kulturvitenskaper er opptatt av å påvise intensjonssammenhenger dvs. å tyde en mening gjennom å forstå (Store norske leksikon, 2009).

Kildebasert forskning er en kvalitativ metode som henter informasjonen bl.a. fra beretninger. I denne oppgaven baserer vi forskningen på individuelle dybdeintervjuer og litteratur. Det vil være våre hovedkilder. Lov, lovgrunnlag og forståelse trekkes inn for å belyse myndighetenes ståsted. I kildegranskningen vil det i forhold til bruk av intervjuer være særlig viktig å klargjøre intervjuedes forhold til enhetene/den kulturen som undersøkes. Det er viktig å belyse motivasjonen og erfaringsbakgrunnen til intervjuobjektene.

I denne oppgaven vil det være intervjuobjektene egen forståelse som er målet for intervjuene. De ble derfor lagt opp mest mulig fritt, med noen sentrale spørsmål forberedt for å kunne sikre temaet i en intervjuguide.

Utvelgelsen av intervjuobjektene er gjort ut fra representativitet for intervjuobjektene fra spesialisthelsetjenesten. Vi valgte to leger, der den ene har vært aktiv i avvikshåndteringsarbeid (intervjuobjekt 3) i mange år og en kirurg (intervjuobjekt 1) med mange års erfaring fra klinisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten, to sykepleiere der den ene har vært leder i mange år (intervjuobjekt 2) og en spesialsykepleier med lang klinisk praksis (intervjuobjekt 4). De sentralt plasserte personene (intervjuobjekt 5 og 6) er valgt ut fra deres høye nivå av kunnskap om avvikshåndtering og profesjonelle plassering, hhv. i administrativ stilling i helseforetak og ledende stilling i sentral helseforvaltning. Faren med disse siste, var at de ut fra sin verbale styrke og kunnskap om temaet kunne trekke oppmerksomheten vekk fra våre sentrale spørsmål.

Intervjuene skjedde med begge kandidatene til stede og med en diktafon som tok opp samtalene på bånd. Dette fordret testing før start av intervjuet, bytting av bånd etter 15 minutter og i ett tilfelle, at intervjuet måtte repeteres fordi det ikke ble tatt opp pga. teknisk svikt.

Det er blitt gjort en delanalyse av intervjuene. Vi har kategorisert noen utvalgte sentrale temaer og har sett på intervjuene i hht. hvert punkt for å kunne finne fellestrekk. Brainstorming med gule lapper med utvalgte sitater, temaer og utsagn fra intervjuene ble benyttet for å få en god oversikt over diversiteten og til dels også motsigelsene som kom fram.

6. Resultater og refleksjoner

6.1 Funn - intervju

Dybdeintervju:

Intervjuobjekt 1: Kirurg

Intervjuobjekt 2: Avdelingssykepleier

Intervjuobjekt 3: Anestesilege med erfaring fra avvikshåndtering i helseforetak (HF)

Intervjuobjekt 4: Spesialsykepleier i daglig pasientrettet arbeid

Semistrukturerte intervju:

Intervjuobjekt 5: Overordnet i sentral helseforvaltning

Intervjuobjekt 6: Administrativ leder i HF

Etter at intervjuene ble analysert og kategorisert, fant vi hovedgrupper med objektenes vurderinger av avviksmeldingssystemet. De delte seg hovedsakelig i syv grupperinger som omhandlet roller, læringsaspektet, kultur, tolkninger/begrunnelser, forsvarlighet, myndighetskrav og systembetragtninger. Vi vil i tillegg til å omtale disse hovedgrupperingene og nyansene mellom objektene i beskrivelsene/oppfatningene også ta for oss enkeltutsagn og sitater som viser meningsforskjeller og anskuelsesvinklinger som er svært interessante og som viser den enkeltes syn på den problematikken vi forsøkte å belyse gjennom intervjuene.

6.1.1 Om roller

Legerollen og sykepleierrollen er svært forskjellige når det gjelder meldekulturen. Sykepleierne melder mer enn legene. Sykepleierne er i intervjuene mer beskrivende og mindre problematiserende enn legene i forhold til beskrivelsen av avvikshåndteringer. Sykepleierne følger tilsynelatende lojalt opp kravene som stilles til registrering av avvik. Sykepleierne så i større grad hensikten og kunne lettere underkaste seg kravet om avviksregistrering enn legene. Intervjuobjekt 1 sa rett ut at han ikke trodde legene i hans seksjon noen gang hadde meldt et avvik.

*Da jeg visste at jeg skulle på dette intervjuet så spurte jeg i morges 3-4 stykker.
Det var ingen av dem som brukte det og noen har overhodet ikke hørt om det.*

Bare når en skade førte til erstatningsansvar, ble saker meldt. De ble alltid diskutert med overordnede før de ble skrevet. Legene tenker i større grad på personlige konsekvenser ved å melde avvik; vil dette få konsekvenser for meg selv eller for en kollega? Ingen liker å bli hengt ut for å ha gjort en dårlig jobb hvis det er gjort en direkte feil som fikk følger for pasienten. Legene har i stor grad fokus på egen person når de vegrer seg for å melde. Det er angsten for represalier og dårlig renommé som er avgjørende.

Så det gjør jo da at det sikkert er en god del underrapportering når man selv er skyld i det som har hendt. Det sier seg selv. Sånn er vi mennesker.

Fra tilsynsmyndighetenes side er det bare en promille av meldte saker som blir tilsynssaker. De aller fleste som mister autorisasjonen mister den pga. rus. Man finner nesten ikke en lege som har mistet autorisasjonen som følge av faglige feil, selv om dette er en årsak som mange leger nevner når de sier at de vegrer seg for å melde. De mener at de kjenner til saker der leger har blitt ”forfulgt” med rettssak og tap av legelicens av kortere eller lenger tid. De sitter inne med en forståelse av at Helsetilsynet er ute etter ”å ta dem”.

Ønsket om anonyme meldinger er ikke et ønske fra noen av respondentene, men én ytrer at behandlingen internt i sykehuset av en avviksmelding som ikke er anonymisert, vil kunne føre til at man blir hengt ut som en udugelig lege.

La oss si nå da at jeg har vært hatet av en av mine kolleger eller to, eller sånt og sendt inn en feilmelding i uken på dem på saker som var mer eller mindre sanne (...) Og mine kolleger før som overhodet ikke sender inn feilmeldinger så ville jo den stakkaren som jeg da har lagt for hat får et ras med feilmeldinger på seg.

Anonyme meldinger vil også vanskeliggjøre oppfølging i etterkant.

Jeg ser at vi har faktisk ofte behov for å gå tilbake på den som har meldt avvik pluss at jeg har registrert at hvis jeg har en sykepleier med veldig mye avvik så må jeg faktisk inn å snakke med vedkommende Hva er det som gjør at du gjør så ofte feil og hvis det er anonymt, så har jeg jo ikke noe greie på hvem som har mange avvik.

Sykepleierne melder i mye større grad på eget grunnlag uten at avviket nødvendigvis har vært diskutert med overordnede. Sykepleiere melder også mange flere saker av mindre alvorlighetsgrad. De tenker i mindre grad på egen person og i større grad på pasientens ve og vel som den ene sykepleieren uttalte:

Sykepleierne står jo veldig nær pasientene og ser hele tiden hvilke konsekvenser det blir. Det gjør jo legene og, men vi er enda mer nær pasientene hele tiden.

6.1.2 Om læringsaspektet

Det er store forskjeller på hvordan intervjuobjektene våre har reflektert rundt læringsaspektet. Nr.1 sier klart at hensikten må være å få registrert nesten-ulykker og feil for å forbedre rutiner og behandling. Samtidig sier han også at han aldri har meldt noe annet enn det som faktisk førte til en alvorlig hendelse og der pasienten var

berettiget erstatning via NPE (Norsk pasientskadeerstatning). Diskusjoner i legegruppen er på det uformelle plan. De snakker om hendelser seg i mellom, men bringer diskusjonene sjelden utenfor sin egen lille gruppe. De sier rett ut at dette vil de ordne opp i selv. Det blir påpekt av intervjuobjekt 3 at selvjustisen innenfor legegruppen er stor. Legene mener at selvjustisen er sterkere enn samfunnssanksjonene, derfor behøves ikke innblanding, herunder meldesystem.

Våre respondenter i spesialisthelsetjenesten hadde liten eller ingen kunnskap om lovverk eller intensjoner fra sentrale helsemyndigheter vedrørende avvikshåndtering. Vårt spørsmål om forståelsen av selve lovverket ble derfor uaktuelt, ettersom intervjuobjektene ikke var kjent med verken ordlyd eller eksistens.

Administrativ leder i HF mener at forbedringspotensialet ligger i utviklingen av overordnede systemer, i møtet mellom pasient og helsearbeider er 90 % av premissene lagt for kvaliteten i møtet. Læringspotensialet må følgelig utnyttes på et høyere nivå enn av det enkelte helsepersonell.

Dårlig rapportering gir dårlig erfaringsgrunnlag, beskrevet av intervjuobjekt 3 som: ”shit in – shit out”.

I et høyspesialisert miljø er man kritisk til hvordan en kollega har løst en oppgave. Det som imidlertid ikke kommer godt nok frem, er om dette blir tatt opp med vedkommende og korrigert. I følge intervjuobjekt 3 vil man vegre seg for å ta opp dårlig praksis med kollega fordi man frykter at dette vil komme ut.

Det viktigste er det at man ikke vil henge ut kolleger for, ikke sant, hvis du sier at en person eller en kollega at det der du gjorde var fullstendig feil, du kan ikke gjøre det på den måten der. Du tok jo livet av pasienten med det du gjorde der. Så vil jo det alltid komme ut. Det vil jo aldri bli innenfor et møteroms vegger, det vil alltid komme ut og man vegrer seg noe for å gjøre det. Det vil jeg tro.

Tiltroen til både egen virksomhet og tilsynsmyndigheter er svært liten.

Jo, jeg mener at en er at du er anonym, en annen ting er at det går til hele PSU (pasientsikkerhetsutvalget). Jeg vet ikke hvor mange som sitter der. Det er vel en seks – syv stykker som du ikke har noe nært eller formelt forhold til. Da må du regne med at du like gjerne kunne skrevet det i avisen.

For at man skal forstå hvordan helsearbeidere jobber, må man være en del av det selv. I følge intervjuobjekt 6 er det altfor mange mennesker med sterke oppfatninger om pasientsikkerhet i sykehus som bare har lest bøker. Det er de som arbeider i sykehusene og arbeider med dette daglig, som kan behandle avvikene på en skikkelig måte. Dette har også i følge 6 ført til at det er blitt en helt annen meldekultur i det medisinske miljøet, fordi tilbakemeldingene har vært så gode. Det er en helt annen aksept for at ”dømmes man av likemenn”, er det greit. Skepsisen er en helt annen om uttalelsene kommer fra tilsynsmyndighetene.

(...) du må ha ”hands-on” menneskene som viser at de kan hva dette handler om.

Intervjuobjekt nr.5 mener at helsevesenet ikke er villige til å lære av feil man gjør. Det spiller liten rolle om det meldes 10, 100 eller 1000 hendelser om man ikke er interessert i å lære av noen av dem.

Hvorfor skal man ha meldt noe mer når man overhodet ikke er villig til å lære av det man får meldt. For inntil det motsatte er bevist så synes jeg det er dårlig belegg for å hevde at bare man får meldt 80-90 % så er man villig til å lære. Det tror jeg ikke noe på. Jeg tror det er en passiv eller aktiv og i hvert fall kulturell motstand mot å lære av disse tingene.

Det skal være holdningene til det å lære og til å beskytte den neste pasient som skal være det gjennomgående i all avvikshåndtering. Det er ingen motstridende oppfatning mellom 5 og 6 når det gjelder hvor avvikshåndtering primært skal gjennomføres. Det viktigste for tilsynsmyndighetene, er at sykehusene selv tar hånd om avvik og at de iverksetter tiltak for at dette ikke skal gjenta seg.

Det er en forestilling blant helsepersonell at avviksmeldinger er en masse jobb og styr og plunder og heft. I det øyeblikket man får tilbakemelding, betyr det noe for individet og øker interessen for å melde.

Det fremstår som om meldesystemet primært vurderes etter verdien for helsepersonell. Jf. utsagn fra nr. 6 om tilbakemelding fra administrativt nivå som snudde forholdet til avviksmelding i en klinikk. Det kommer fram i intervjuene at holdningene til å melde avvik avhenger av ledelsens evne til å kunne gi konstruktive tilbakemeldinger.

Vi klarte å få frem en del problemstillinger som avdelingen selv ikke ville klart å suge av eget bryst. (...) Så ble disse sakene til veldig kompetent vurderte saker og avdelingsoverlegen på avdelingen opplevde da at det var veldig nyttig å få de sakene vekk fra sine egne hender og bli kvitt rett og slett en hver habilitetsmistanke pluss at utvalget kom tilbake med noen svar, konkret og matnyttig som de kunne benytte seg av (...) og da snudde hele holdningen seg.

Sykepleierne har en annen vinkling på læringsaspektet. Avdelingssykepleier ser i større grad nytten av avviksmeldinger når det gjelder forbedringstiltak. Sykepleierne synes å være mer lojale til ledelsen og reglement når det gjelder meldekultur. Vårt inntrykk er at sykepleierne reflekterer mindre rundt avvikshåndtering enn det legene gjør. Legene er i stor grad opptatt av hva et avvik kan gjøre med dem og har mindre fokus på pasientforbedringstiltak. Ledelsens holdning er viktig for at fokus holdes på melde- og kvalitetsarbeid. Avdelingssykepleier hadde på bakgrunn av meldinger om medikamentfeil fått inn hjelpemidler (klokkealarm) som reduserte tilsvarende avvik til et minimum. De hadde også mer fokus på hva avvikshåndtering fikk av direkte konsekvenser i forhold til pasientene. Avdelingssykepleier hadde brukt avvikssystemet bevisst i forhold til å endre rutiner, fått nye hjelpemidler, hatt fokus på problemområder som for eksempel fallskader. Hun sier ”*det blir å gå tilbake på hvordan ting fungerer*”.

6.1.3 Om kultur

Leger bruker i liten grad meldesystemet, to av våre intervjuobjekter uttrykte at ingen leger brukte avvikssystemet eller at de bruker avvikssystemet i liten grad. Dette kunne bekreftes av administrativ leder i HF. Legene vil ordne opp seg i mellom, internt innen faggruppen. De behandler avvik med uformelle diskusjoner og viser til at det er sterk indre justis i legegruppen som vil gi rettferdig behandling av et avvik. Hvis det blir aktuelt å melde et avvik, vil legene diskutere med sin overordnede før de ev. sender melding, mens sykepleierne sender avviksmeldinger uavhengig av leders involvering.

Alle våre intervjuobjekter mener at sykepleierne melder mer enn legene. Hvor representative meldingene er, ble trukket fram som et relevant spørsmål. Legene er mer kritiske til å melde fordi de ikke vil henge ut kollegaer. De kan risikere pålegg og tilsynssaker. Man er redd for å melde fordi man kan komme i et dårlig lys, miste jobben eller få en skrape hvis man har gjort noe som ikke er bra. Helst vil legegruppen være i fred og ordne opp seg i mellom. Det finnes fora der legekollegiet snakker om pasientbehandling og diskuterer uheldige hendelser, dette kan kalles ”komplikasjonsmøter”. Diskusjonen i disse møtene ønskes holdt innenfor de fire veggene i møterommet. Å melde til ekstern instans er noe få av legene har tenkt over, de forholder seg ikke til kravet.

Å melde avvik innebærer at de som melder må registrere avviket, en av legene kaller dette systematisering og sier at leger er gode på systematisering, men ikke i form av pålegg fra overordnet myndighet, pålegg er ”et hår i suppa”. Den andre legen sier at leger kan ikke fordra og systematisere, bortsett fra når det dreier seg om forskning. Konklusjonen uansett grunn, er at avviksmeldinger ikke blir skrevet.

Det foreligger også meningsforskjell i forhold til ønsket om anonyme meldinger. I praksis ønskes anonyme meldinger fordi det antas at dette vil gi en bedre tilbakemelding, man ønsker ikke å ødelegge for en kollega ved å melde. Likevel sees dette som problematisk, det kan åpne for en angiverkultur der man ikke kan spore

tilbake og ikke dokumentere de hendelsene som skjer. Sentral helsemyndighet sier i forhold til ønsket om anonyme meldinger at kravet kommer fordi folk ellers ikke tør å melde. Dette viser at de som ønsker anonyme meldinger overhode ikke er interessert i å sette pasienten først eller pasienten i sentrum, men de setter seg selv først, seg selv i sentrum. Hvis man ikke kan gå tilbake til hvem som har meldt, kan man heller ikke gi tilbakemelding.

Blant sykepleierne ønskes bedre direkte tilbakemeldinger i situasjonen for å gi bedre læring der og da, selv om det oppleves at det er åpenhet i forhold til avvikshendelser. Det kan være vanskelig å gi direkte tilbakemelding til den som utfører feil prosedyrer. Lege hevder at vi kommer aldri så langt i rapportering som innen luftfarten, fordi vi aldri vil legge så mye fokus på det, det er ikke salgbar vare hos oss. I sykepleiergruppa mener representanter for disse, at det aksepteres i større grad å være ansvarlig for et avvik. Dette grunngis med at sykepleierne står nærmere pasienten og ser konsekvensene av et avvik og det antydes at det vil være en fordel dersom det skulle bli konsekvenser etter hendelsen. En sykepleier vil ikke stigmatiseres på samme måte som en lege, dersom hun/han er ansvarlig for et avvik.

Det er viktig at leder er med på å ufarliggjøre avvik, det er viktig at å få tak i om det er noen forbedringer som må gjøres og at alle ansvarliggjøres. En gang i året går vi gjennom alle skadesakene og ser hva vi har mest av og hva vi må se på. Og bevisstgjør personalet på det, sier avdelingssykepleier om sitt forhold til avviksbehandling.

Fra intervjuobjekt 5 sies at manglende kultur for å lære av egne feil og å ta konsekvensene av funn fra tilsyn er et generelt problem i den norske helsetjenesten som folk dør av.

Det er en sterk tradisjon for destruktiv kultur

Oppfølging av avvik, feil og svikt er altfor viktig til at det kan overlates til helsepersonell alene. Ofte har ikke arbeidsgiver lagt til rette for at folk (i helsetjenesten) kan oppfylle sine lovpålagte plikter (helsepersonelloven § 16). Folk er

ikke ondsinnet eller slumsete, det er systemfeilene som er viktige å gripe fatt i, fordi de angår flest.

6.1.4 Om normal risiko eller påregnelig risiko

Det som gikk igjen hos flere av intervjuobjektene, var usikkerheten rundt hva som kom i kategorien påregnelig risiko og som etter lovverket ikke skulle meldes. Skader som ligger innenfor normal risiko i forbindelse med ytelse av helsetjeneste skal ikke meldes. Mange opplever at en stor gruppe hendelser kommer i denne gråsonen og blir dermed ikke meldt. Det ble etterlyst klarere retningslinjer på dette. Det var interessant å observere at flere av intervjuobjektene hadde diskutert dette med sine kollegaer i forkant av intervjuet.

Med skader som ligger innenfor normal risiko menes skader som er utslag av en kjent risiko og som inntreffer til tross for at behandlingen m.v. på alle måter er korrekt faglig utført, med unntak av sjeldne komplikasjoner som medfører betydelig skade. Slike skader ansees ikke å ligge innenfor normal risiko og skal derfor meldes. Tilsvarende skal kjente komplikasjoner som skyldes svikt i behandlingen meldes.

Påregnelig risiko kunne vært utdypet mer og presisert fra myndighetenes side.

Vi i avdelingen diskuterer om hendelsen er innenfor normal risiko.

Intervjuobjekt 4 hadde en klar formening om hva som kom inn under påregnelig risiko. For henne var det avgjørende at hun var klar over faren og at hun kunne ta sine forhåndsregler i forhold til dette. I det øyeblikket hun ikke hadde mulighet til å observere en pasient som fikk et medikament som medførte en viss risiko, ville hun kalle dette for et avvik selv om det ikke hendte noe med pasienten.

Påregnelig risiko er ikke avvik før man ikke gjør noe i forhold til kjent risiko eller komplikasjoner.

Skillet mellom komplikasjon og påregnelig risiko er vanskelig å definere, og det må alltid brukes skjønn her. I følge 1 var det avgjørende at pasienten var informert om de

komplikasjoner som kunne inntreffe eller den risiko han/hun utsetter seg for ved å gjennomgå et større kirurgisk inngrep, som var avgjørende for at man var innenfor lovverkets definisjon av påregnelig risiko. Sårinfeksjon er i kategori påregnelig risiko og blir aldri meldt via avvikssystemet.

Et avvik som er en påregnelig risiko og som pasienten er informert om på forhånd, for eksempel en komplikasjon i forbindelse med en operasjon, kan vi ikke regne som avvik eller meldepliktig. "Kunne ført til skade" blir i hvert fall ikke meldt. (...) du kan få blodpropp, du kan få infeksjon, du kan få blødning, du kan få nerveskade, det er liksom sånne ting. (...) Alt det der skal egentlig pasienten få beskjed om på forhånd.

I praksis er det slik at intet meldes, bortsett fra så alvorlige hendelser at pasienten kan være berettiget til erstatning fra NPE. Melding til NPE utløser avviksmelding, men pasienten må melde selv.

I følge nr. 6 er forsvarlighet og påregnelig risiko et stort og komplisert tema som er omtalt i rundskriv I-54/2000 på noen få avsnitt. I følge ham kunne myndighetene utdypet mer og gjerne presisert mer i forhold til dette. Hva er påregnelig risiko og hva er uakseptabel risiko?

Kravene fra Helse Sør-Øst RHF til rapportering på kvalitetsindikatorer som decubitus, postoperative sårinfeksjoner, korridorsenger, epikrisetid osv. kan forvirre begrepene og skape usikkerhet i forhold til definisjoner av avvik, komplikasjoner og risiko som er påregnelig eller ei.

Hvis det ble et decubitus, om jeg ville meldt det som et avvik? Nei, det tror jeg ikke. Nei. Det tenker jeg ikke på som avvik.

6.1.5 Om forsvarlighet

Forsvarlighet er et begrep som det var vanskelig å få noen klar tilbakemelding på fra våre intervjuobjekter fra praksisfeltet. Én svarer litt vagt at det er en vid definisjon til

begrepet, men gir likevel en konkret beskrivelse av hva han oppfatter som elementer i forsvarlig behandling.

Forsvarlig behandling innebærer at man er godt forberedt, har stilt riktig diagnose, har informert pasienten, har forberedt pasienten godt til operasjon, sett på bilder, planlagt i detalj hva man skal gjøre, har det riktige utstyret, nødvendige ressurser når det gjelder personell. Spesialist til stede eller til å få tak i hvis noe går galt. Forsvarlighet må vel være at man har forberedt seg godt nok, først og fremst kanskje.

Videre sier avdelingssykepleier

Faglig forsvarlighet må være at ting utføres på en måte slik at det ikke er noen risiko i forbindelse med prosedyren eller retningslinjene som utføres. Man vurderer at jo at det skal være kompetanse på alle skift. Bemanning er jo noe vi snakker om i forhold til det med faglig forsvarlighet. Kompetanse er en ting, men egentlig og bemanning generelt.

Anestesilegen uttrykker det slik

Forsvarlighet er jo det jeg forbinder med en god behandling med minimum risiko for komplikasjon. Det er forsvarlig, god, up-to-date medisinsk forsvarlig behandling. Også state-of-the-art behandling og en minimalisert risiko for komplikasjoner. Det er forsvarlighet etter min mening.

6.1.6 Om krav fra myndighetene

Flere av våre intervjuobjekter har liten kunnskap om lovverket tilknyttet avvikshåndtering. De har aldri diskutert lovverket som styrer avvikshåndteringen og hva som er meldepliktig. Hensikten med å registrere avvik er klart for alle.

Jeg tenker at hensikten må være å oppdage om det er svakheter eller mangler i de rutinene vi har eller det å kunne se om du kan gjøre noen forbedringer da.

Jo, altså hensikten med avvik det, da tenker jeg at det jo er å tenke konstruktivt og at de som har gjort et eller annet av en eller annen grunn skal få tilbakemelding på at dette var ikke- sånn kan man ikke gjøre dette.

Frykten fra helsearbeidere med tanke på ev. represalier fra tilsynsmyndighetene er ubegrunnet.

Det er en myte at det blir tilsynssak hvis du melder etter § 3-3. Bare 1 promille av sakene blir tilsynssaker. Det er en høy terskel fra tilsynsmyndighetenes side for å lage tilsynssaker, nettopp fordi vi ønsker at folk skal melde.

Leger mister ikke autorisasjonen pga. faglige feil.

*...man mister ikke autorisasjonen i Norge pga. faglige feil, nesten umulig. (...)
Vis meg de legene i Norge som har mistet autorisasjonen pga faglige feil. Du finner de nesten ikke.*

Halvparten av tilsynssakene dreier seg om dårlig oppførsel eller holdningsforståelse eller manglende kommunikasjon. Langt de fleste som mister autorisasjon gjør det pga. rusmisbruk, økonomisk underslag eller seksuelt misbruk av klienter.

Det oppleves av vårt interjuobjekt som er ansvarlig for avvikshåndtering ute i klinikken at praksis for avviksmelding er i endring

I løpet av det siste 10-året har terskelen for å melde avvik til fylkeslegen gått ned, så det sendes betydelig mer nå enn tidligere.

6.2 Andre funn/undersøkelser- kildegranskning

I rapporten *Internkontroll i sykehus juli 2001* viste intervjuundersøkelsene at det er stor usikkerhet blant de intervjuede hva som er meldeverdig bortsett fra pasienter som faller og feil i medikamenthåndteringen. Intervjuene viste også at det er ingen kultur for å melde avvik på tvers av profesjonene. Det var ingen enighet blant de intervjuede

om nytten av en aktiv og åpen meldekultur. Intervjuene viste en viss skepsis til formålet om å melde og det var ingen enighet blant de intervjuede om at avvik fra interne rutiner skal meldes. Skriftlige rutiner om avvikshåndtering i kvalitetshåndboka er ikke kjent blant de intervjuede. Intervjuene viste at kunnskapen om melderutinene ga preg av å være overlevert muntlig. Ingen av de intervjuede henviste til kvalitetshåndboka. Etter denne oppsummeringsrapporten er melderutinene endret slik at helsetilsynet kun mottar meldinger om alvorlige hendelser og nesten-hendelser.

6.2.1 Verktøy for kvalitetssikring

Elektronisk registrering

Rikshospitalet innførte ved årsskiftet 2008- 2009 et elektronisk avvikssystem. Dette systemet er bygget opp med tre ulike melderutiner; pasientavvik, HMS-avvik og andre avvik som den enkelte klinikk selv kan definere innholdet i. Den enkelte som melder kan følge "sitt avvik" til det er ferdigbehandlet. Behandlingen av avvikene følger linjeorganiseringen. Frekvensen av avvik viser en markant økning for Rikshospitalets del. Det er et system som er lett å bruke og for lederne har det blitt en helt annen mulighet til å få en oversikt over avvikene og følge opp disse.

Tidligere var det flest sykepleiere som meldte avvik, men etter innføringen av det nye systemet er legene kommet mye sterkere på banen. Dette er tilfelle i flere klinikker.

Avvikene kan lukkes på alle nivå i organisasjonen. Bare de som har en alvorlighetsgrad som førte til betydelig skade eller kunne ført til betydelig skade blir videresendt til PSU (pasientskadeutvalget) ved sykehuset. De vil i neste omgang vurdere om avviket skal meldes til Helsetilsynet.

I kjølvannet av innføringen av dette systemet, har det vært avholdt en rekke kurs og seminarer om pasientskader, avvikshåndtering og kvalitetsarbeid. Dette har ført til at organisasjonen samlet har mye mer fokus på dette arbeidet enn tidligere.

Global Trigger Tool (GGT)

Akershus universitetssykehus¹ har som det første sykehuset i landet tatt i bruk et verktøy som skal bidra til å bedre pasientsikkerhetsarbeidet ved sykehuset.

Global Trigger Tool (GGT) som verktøyet heter er allerede tatt i bruk i Danmark og Sverige.

Siden april 2007 har sykehuset gått gjennom ca. 1500 tilfeldig utvalgte pasientjournaler for å bli bedre på pasientsikkerhet. Undersøkelsen viser at ca. 20 % av pasientene opplevde en uønsket hendelse. En uønsket hendelse vil si et av disse tilfellene: Sykehusinfeksjon, transfusjonskrevende blødninger, reoperasjon, liggesår og fall med skade. Medikamentfeil er ikke med her, og det utgjør en stor del av avvik som faktisk registreres.

Undersøkelsen viser også at ca. 45 prosent av de uønskede hendelsene ved sykehuset dreier seg om sykehusinfeksjoner. Men ved hjelp av analyseverktøyet, har man for eksempel kunnet sette i gang forebyggende tiltak som "Rent sykehus", et prosjekt hvor målet er å forebygge og redusere antall sykehusinfeksjoner.

ISO-sertifisering

ISO-sertifisering har vært vanlig i mange typer industribedrifter. Den formelle internasjonale standardiseringsorganisasjonen ISO definerer kvalitet på følgende måte:

«I hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav»

(NS-EN ISO 9000:2000)

Det Norske Veritas godkjenner sykehus i England. ISO-sertifisering er et bevis på at et uavhengig sertifiseringsorgan har gått gjennom og kontrollert at sykehus har et

¹ www.ahus.no

system for å følge opp at kvaliteten på tilbudet til pasientene er godt nok. Det er ikke et lovkrav at sykehusene skal være ISO-sertifisert.

Veritas og Nemko er to instanser i Norge som kan gi ISO-sertifisering. Først går de gjennom alle rutiner for blant annet risikovurdering, rutiner og systemer i ledelse og pasientbehandling. Forbedringsmuligheter og krav til hva som må endres må gjennomføres før man kan få et ”godkjent stempel”. Når alt er i henhold til kravene, blir sykehuset eller avdelingene ISO-sertifisert for tre år. Minst hvert år sjekkes det om kvalitetskravene er opprettholdt og fulgt.

Sykehuset i Asker og Bærum er det første sykehuset i Norge som er ISO-sertifisert. Sykehuset fikk sitt godkjenningssertifikat høsten 2008 etter kartlegging av rutiner i hver enkelt avdeling. Kritiske områder relatert til risiko for pasientene er identifisert, det er etablert system for ulike prosedyrer, og for hvordan man skal håndtere avvik, feil og uheldige hendelser.

7. Generell diskusjon

7.1 Lovgivers intensjoner

Olav Molven (Molven, 2006, s. 27-28) redegjør i sin bok *Helse og jus* for to metoder som anvendes som beslutningsmodeller. Den juridiske metoden er ikke beskrevet, men et hovedelement i denne er den normrasjonelle metode. Her er rettsreglene de mest interessante. Den formålsrasjonelle metode står i følge Molven i motsetning til den normrasjonelle metoden. Helsepersonells metode for å ta beslutninger i sitt daglige arbeid med pasienter vil i hovedsak være formålsrasjonell. Det vil være måloppnåelsen (få frisk pasient, behandle flest mulig) som styrer de beslutningene som tas om behandlingen. I formålsrasjonalitet ligger også hensynet til de ressursene som står til rådighet, prioriteringer i forhold til andre hensyn osv. Dette tjener pasientene og behandlingen og dermed også behandleren best. Det vil ikke være selvsagt at de beslutninger som tas er normativt korrekte, dvs. i hht. de lovregler som gjelder for området. Her kan det oppstå konflikt mellom den formålsrasjonelle tankegangen og den normrasjonelle. Pasientene har normative krav til behandlingen gjennom pasientrettighetsloven, krav til at helsepersonellet oppfører seg i hht. helsepersonelloven etc.

Kollegiale og yrkesetiske regler vil også spille en rolle innen kulturen innen et sykehus og blant behandlerne.

Hovedintensjonen fra lovgiver som fremkommer etter lovverket vi refererer til i denne oppgaven, er å sikre at neste pasient beskyttes.

Lær av dine feil og fortell om det til andre!

Dette forsterkes i intervju med representant for sentral helsemyndighet. Lovverket gir de sentrale føringene gjennom lov og forskrift, rundskrivene og veilederne utdyper og forklarer disse. Gjennom hele materialet påpekes at det er den enkelte virksomhet og den enkelte helsearbeider som har plikt til å følge opp intensjonene i lov.

Det hjelper i seg selv ikke å melde, dersom det ikke gjøres noe i forhold til meldingene. Hensikten med avvikshåndteringen er ikke avhengig av volum. I den gjengse omtale av avvik, blir det fokusert på antall hendelser. Denne fokuseringen gjør at oppmerksomheten trekkes vekk fra det sentrale prinsipielle formålet: En avvikshendelse er tilstrekkelig eller burde være tilstrekkelig for å kunne forhindre at det samme skjer med neste pasient. Dersom f. eks. 5 000 meldinger kun telles og registreres, vil intet kvalitetsforbedrende arbeid skje i den praktiske hverdag for å forbedre en dårlig rutine eller endre behandling. En ren volumtenkning vil ikke være fruktbar sett i en slik sammenheng. Dette bekreftes av opplysningene innhentet i intervju 5, der det klart fremkommer at holdningene til å lære av feil må være slik at neste pasient beskyttes. Læringspotensialet bør ikke være knyttet til et spørsmål om antall hendelser som meldes, men til organisasjonen og det enkelte helsepersonells evne til å forstå hensikten med avvikshåndtering, herunder meldinger, slik at kunnskapen om avvik blir brukt i den direkte pasientkontakten hos behandlingsansvarlig helsepersonell. Uttrykk for manglende fokus, liten vilje til endring og til kvalitetsarbeid kan uttrykkes med lite volum, men her er ingen direkte årsakssammenheng.

Utvidelse av meldeplikten til også å omfatte hendelser som kunne ha medført alvorlig skade blir omtalt i forarbeidene til lov i 1998-99 og lovfestet deretter. Egentlig ble dette omtalt tidligere i forarbeidene til sykehusloven 1991-92, men ikke fulgt opp i loven. Det har altså lenge vært et ønske fra lovgiver, Stortinget, dvs. det norske folket å kunne gripe inn i nesten-hendelser i pasientbehandlingen. Nå er det lovfestet at for å unngå at hendelser kan få konsekvenser for pasientene, er det viktig å registrere og være oppmerksom på nesten- hendelsene for å kunne iverksette korrigerende tiltak.

Etter vår mening og i følge nasjonale og internasjonale forskningsartikler er det oppfølgingen av disse ”nesten-uhellene” som gir det beste potensialet for forbedring. Her er det ingen fare for tap av autorisasjon, ingen fare for represalier eller sosial stigmatisering av gjerningsperson. Det finnes heller intet offer og heller ingen skyldfordelingsproblematikk.

Dette understrekes også i en artikkel av Barach og Small som trekker paralleller fra ikke-medisinske virksomheter (luftfart, atomkraft-teknologi, militære operasjoner) til helsevesen og diskuterer hvorfor de ikke-medisinske virksomheter har lyktes i med sitt kvalitetsarbeid.

Lovgivers intensjon er at virksomheten selv iverksetter de tiltak som er nødvendige for å sikre kompetanse, yte forsvarlige helsetjenester og bedre kvaliteten gjennom gode, systematiske rutiner styrt av virksomheten selv, slik at tilbudet kan tilpasses de lokale forholdene.

Problemet med de gode intensjoner fra lovgiver og lovforvalters side, er at regelverket ikke er kjent. Våre intervjuer viser at ingen av de som arbeider i daglig pasientrettet arbeid kjente til regelverket. Det blir fra intervju 6 etterlyst mer konkret beskrivelse av avvik og han etterlyser et bedre verktøy fra lovgiver for å kunne gripe inn i organisasjonen. I intervjuene trekker begge legene fram redsel for tilsyn fra sentrale myndigheter i forbindelse med avviksmelding. Dette til tross for at kun en promille av avviksmeldinger har ført til oppfølging med tilsyn.

7.2 Legerollen

Medisinen ble betegnet som en kunst, jf. Hippokrates – legekunstens far. Den var basert på kunnskapsregler som i stor grad var abstrakte og lite praktisk dikterende. De ga rom for betydelig grad av skjønnsutøvelse. Utøvelse av legeyrket omtales fortsatt som kunst, sist hørt uttalt i diskusjon på årskonferansen for Norsk Forum for Helseledelse 2009. Forskningen har i stigende grad gjort den medisinske kunnskap

om til nokså konkrete regler. Skriftelige guidelines har gjort det lettere å avdekke feil og mangler ved behandling enn tidligere. Økende grad av bevissthet, kunnskap og utdannelse hos pasientene i tillegg til endrede rammebetingelser og styring fra myndighetene har gjort det vanskeligere for legene å bevare sin autonomi. Det er viktig å skille mellom begrepene autonomi og autoritet. Autonomi handler om å kunne handle fritt, men autoritet er en måte å utøve makt der man er overlegen andre.

Are Holen ved NTNU sier i et intervju med Dagens medisin (04-2009) at enkelte leger kan bli fanget av egeninteresser. Legerollen har tradisjonelt vært nokså egenrådig og autoritær. Legestudenter som kommer ut i praksis blir mer kravstore og forventer at verdenen skal orientere seg rundt deres behov. Det ser ut til at de plukker opp holdninger fra enkelte overleger, spesielt ved universitetssykehusene, som dermed går i arv til studentene. En del har problemer med å tilpasse seg den helhetstenkningen som er nødvendig i samtiden.

Dagens samfunn har i følge Are Holen lite bruk for den autoritære legerollen. Den passer ikke inn i forhold til pasienten, i forhold til sykehuset eller til samfunnet som helhet. Det er store endringer i helsevesenet som stiller helt andre krav til åpenhet og samarbeid mellom ulike helsefaglige grupper enn det som har vært tilfelle tidligere.

Legene bestemmer fortsatt strukturen i sykehus som er for det meste organisert i profesjonsbaserte avdelinger, inndelt etter sykdomskategorier og pasientgrupper. Legene er organisert til disse profesjonsbaserte enhetene og er i struktur og tankegang som håndverksbedrifter i følge Erik Fosse (2007).

Kollegiale forhold mellom leger har fått egen paragraf i Etiske regler for leger: Man skal vise hverandre respekt, gi hjelp, råd og veiledning. Men hvordan står det til med kollegialiteten i hverdagen? - Begrepet legekultur gir meg ingen god følelse, sier medisinstudent Elisabeth Holmboe. Selv om hun skal i turnus ved et sykehus som har godt kollegialt rykte, ser hun ikke veldig lyst på turnustjenesten. - Hvis jeg gjør en feil, er jeg ikke trygg på at noen vil rette på meg og vise hva som er riktig. En kultur hvor man hjelper kolleger å skjule feil eller nestenfeil, i stedet for å irettesette og sørge for mer åpenhet, er en merkelig kultur med tanke på at man er så opptatt av kvalitetssikring i helsevesenet, mener hun.

Medisinstudenter er en selektert gruppe unge, skoleflinke individualister som er redde for ikke å være best. Man kommenterer ikke hva medstudenter gjør, eller støtter hverandre hvis en professor har vært hard. Det er ikke tilstrekkelig at studentene reflekterer på egen hånd, man må bevisst fjerne noe av individualismen, mener Holmboe.

(Høie, 2002)

Det vises liten nåde for feilbarlighet i medisinen, sier Eivind Meland ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen. Han mener at de toneangivende innen norsk medisin ikke har tatt innover seg at legevitenskapen ikke er eksakt, men sannsynlighetsbasert. Dette påvirker også kollegiale forhold, mener Meland. Kreftene i vår medisinske kultur går ut på en klappjakt på det suboptimale. Man legger vekt på kvalitetssikring, men her finnes en understrøm av manglende toleranse for feilbarlighet. Dette kan være en kilde til vantrivsel og dårlige kollegiale forhold, sier Meland. (Høie, 2002)

Vetlesen (2001) skriver at legen er en av samfunnets ypperste representanter for fremskritt og vitenskap. Legeyrket assosieres med særdeles gode karakterer på skolen, lang og høy utdanning, beherskelse av et fag med vanskelige ord og med en teknologisk utvikling som synes nær grenseløs. Den faglige autoriteten som dette gir,

forsterkes ved at legeyrket tradisjonelt betraktes som en moralsk gjerning, orientert som det er mot det mest beundringsverdige av alle formål, nemlig å hjelpe andre.

Vi trenger å oppdatere kollegialitet mellom leger, mener Magne Nylenna. - Vi må fjerne det som må ha preget legekulturen i form av fortielse, frimureri og hemmelighold, og arbeide for større åpenhet og for å støtte og hjelpe hverandre. I stedet for å fornekte feil, må vi hjelpe de som begår feil, som vi jo alle gjør hver dag.

Nylennas utsagn understrekes også i en artikkel av Aasland (2006) som påpeker at det er ønskelig at det etableres en omfattende mentor og karriererådgiving for alle leger. Dette bør starte allerede i studietiden og vare langt ut i yrkeskarrieren. Dette støttes av Nessa, Schei og Stensland i en artikkel skrevet på bakgrunn av en undersøkelse om hvordan allmennlegene møter pasientenes livsproblem (2009).

Legerollen har gått fra en rolle der legen var en etisk og høyverdig person som gjorde så godt han kunne innenfor de få effektive behandlingsalternativer som fantes på den tiden (frem til 1940) til å tilsynelatende være den som kunne alt og mestret alt. Etter hvert har legerollen kommet ned fra "pidestallen" og legenes status er blitt redusert. Samfunnet har gjennomgått en stor endring de siste 50 årene. Legerollen hadde et "privilegium" gitt av staten i tillit til at de alltid gjorde det som var best. Profesjonene har fått en ny rolle; de har gått over fra å være småkonger til å bli høyt kvalifiserte eksperter og rådgivere. I sin ytterste konsekvens fører denne utviklingen til at også brukerne får et stadig større ansvar for egen velferd.

Erik Fosse beskriver også i sin bok (2007) om endringen i legerollen. Pasienten blir i større grad kunde og legen blir i større grad leverandør og i mindre grad rådgiver og formynder. Dette er også formalisert gjennom lovverket (pasientrettighetsloven).

Alle disse innspillene viser at legene har en stor utfordring når det gjelder å skape et bedre klima for åpenhet og toleranse. Det går igjen hos våre intervjuobjekter at det er

vanskelig å innrømme egne feil og det er vanskelig å peke på feil hos kollegaer. Dette til tross for at ”det er et menneskelig trekk å feile”, men det stemmer godt overens med det videre sitatet fra Hjort: ..”og nesten uløselig knyttet til å ønske å skjule sine feil” (Hjort, 2007).

7.3 Manglende vilje og evne

Kaldjian & al.(2008) beskriver en undersøkelse i 2004 om legers villighet til å diskutere feil med kolleger. Det ble laget en hypotetisk problemstilling der en feil hadde 3 ulike utfall; ingen skade, litt skade og alvorlig skade. Resultatet viste at 77 % av respondentene ville diskutere hendelsen med en kollega hvis utfallet av hendelsen førte til ingen skade, 87 % hvis det resulterte i litt skade og hele 94 % hvis det resulterte i alvorlig skade. Undersøkelser utført av Ahlgren viser at leger er dårligst på rapportering (2003).

Myndighetene gir virksomhetene relativt frie tøyler til selv å legge opp systemer for kvalitetsforbedring og avvikshåndtering. Hensikten er at hver virksomhet skal kunne tilpasse internkontroll og kvalitetsarbeid etter lokale forhold. Det er således et ansvar som påligger den enkelte virksomhet å utvikle et system som blir mer enn å være en registreringssentral for opptelling av avvikshendelser. I intervju med representanten fra den sentrale helseforvaltning sies det klart og tydelig at det er den lokale behandlingen som er av betydning og interesse for de sentrale myndighetene. Derimot sier intervjuobjekt 6 at han savner styrende verktøy for å kunne ivareta oppfølgingen av avvik internt i virksomheten. Det opplever han som et problem.

En mulig årsak til at mange avvik ikke meldes, kan være at regelverket ikke gir plikt til å melde påregnelig risiko som avvik. Vi har tidligere i oppgaven vist at det er forbundet med risiko å bli lagt inn på sykehus. Infeksjon i sentralt venekateter, decubitus eller lungeemboli blir ikke meldt. Slike hendelser ansees som noe en må regne med. Kandidatenes erfaring fra avvikshåndtering i spesialisthelsetjenesten, er at det ofte er avviksmeldinger på manglende stell av CVK eller manglende mobilisering

av pasient pga. tidspress. Det kan synes som at man har mistet fokus, nemlig pasienten. Det er hva jeg som helsearbeider ikke har fått utrettet som er viktig, ikke at en hendelse har fått konsekvenser for pasienten. Det ville vært mye mer interessant å få meldinger om infeksjon i CVK (sentralt venekateter) eller decubitus på pasient og gjennom en grundig analyse forsøkt å finne årsaken til dette. Det ville gitt et mye større læringspotensial og oppfylt intensjonen fra lovgiver om å beskytte neste pasient.

Dette stemmer godt overens med vårt inntrykk fra egen klinisk praksis: Hvis ingen registrerer at det er gjort en feil, holder jeg det for meg selv.

Undersøkelse av Lawton og Parker (2002) viser som hos Kaldjian & al at det er graden av alvorlighet som øker frekvensen av rapportering. Imidlertid viser undersøkelsen at leger melder mindre på alle disse gradsforskjellene sammenlignet med jordmødre og sykepleiere. Jordmødre melder litt sjeldnere enn sykepleiere, men signifikant mer enn leger. Resultatet indikerer at det er lettere å rapportere avvik fra skriftlige protokoller; i hvert fall for sykepleiere og jordmødre. Samme forfatter har i en tidligere studie vist at sykepleiere bruker skriftlige retningslinjer som støtte for argumenter når de utfordrer legepraksis. Det hevdes at leger er motstandere av prosedyrer fordi dette er en trussel mot legers autonomi.

Dette understøttes også i artikkel til Aasland/Førde (2005) der et utvalg leger ble spurt om det var vanskelig å kritisere kolleger for deres uakseptable etiske holdninger og for deres uakseptable arbeidsmoral. Hele 1 av 3 leger i undersøkelsen har minst en gang vært ansvarlig for alvorlig pasientskade. Bare halvparten av legene finner det naturlig å diskutere feil og uetiske handlinger med kolleger. Dette betyr at det heller ikke er kultur for å lære av uheldige hendelser. Et trekk i den medisinske kulturen er at det er liten aksept for kritikk blant kolleger. Den medisinske kulturen blir karakterisert som defensiv og autoritær. *Individhensyn går foran systemhensyn.*

En ny studie fra St. Olavs hospital i Trondheim (Teigen 2009) har sett på feilmedisinering hos pasienter innlagt i sykehus. Her er alle legemiddelfeil som er rapportert på Helsetilsynets skjema IK-2448 i tiden 1.7.2002-30.6.2006 ved sykehuset gjennomgått. Også her er det nesten utelukkende sykepleiere som rapporterer feilene. Det er sykepleiere som i all hovedsak står for administrering av medikamenter, og derfor er de nærmeste til å melde et avvik. Forfatterne regner med at det er store mørketall når det gjelder rapportering.

Tidligere undersøkelser bekrefter at leger melder sjelden så lenge det ikke har ført til skade på pasienten. (Paulsen og Brattebø, 2006). Undersøkelse blant medisinerstudenter og leger ved Haukeland sykehus viser samme resultat som andre undersøkelser; så lenge feilen ikke hadde ført til skade, ville begge gruppene være mer tilbakeholdne med å dele disse erfaringene med andre. Manglende støtte fra kolleger var en viktig faktor for at de ville unnlate å melde avvik. I undersøkelsen til Aasland/Førde (2005) rapporterte 28% leger at de hadde opplevd en alvorlig hendelse. 38 % av disse ble rapportert til tilsynsmyndighetene.

Ole Berg skriver at ekstern hierarki- og markedsregulering forutsetter at de som skal regulere kan vurdere produksjonenes kvalitet. I forhold til medisinsk tjenesteytelse er denne forutsetningen i mindre grad til stede enn på de fleste andre produksjonsområder. Det er vanskelig for utenforstående å si hvilken sammenheng det er mellom behandling og tilstanden etter behandling. Legens kunnskapsmonopol gjelder både overfor kundene og styrerne, både i markedet og i hierarkiet (Berg, 1991).

Dette stemmer overens med opplysningene fra intervju 6, som etterlyste bedre verktøy fra sentrale myndigheter for å kunne styre internt i sykehuset. Dette finner vi problematisert i Mesels doktoravhandling (2008) hvor han påpeker manglende lojalitet fra sin respondentgruppe av leger til ledelsen i sykehuset. Han oppfatter at det er kulturell avstand mellom en bedriftsøkonomisk kultur og medisinsk kultur i tillegg til geografisk avstand som bidrar til lojalitetssvikten. Mesel peker også på andre

faktorer som setter lojaliteten under press i arbeidslivet gjennom det som preger den flyktige senmodernistiske tid med korte tidshorisonter og stadige endringer.

7.4 Kultur

Kultur er avhengig av holdninger, igjen av tenkning og bevissthet. Begrepet er brukt som beskrivelse av et fenomen som definerer egne holdninger og væremåter, aksjoner i fht. ytre påvirkning og verdifastsettelse av etiske normer. Kulturen forstår vi i denne oppgaven som de holdninger som råder innenfor enhetene i helsetjenesten, der aktørene er helsepersonell, overordnede linjeledere (sosial struktur), pasientenes tilstand og lidelser, historikken som bæres av de lengst ansatte, kompetanse, kommunikasjonen og maktfaktorene. Alle elementene er påvirkelige av de andre og spinner et nett av normer og gitte forutsetninger til de som er satt til å arbeide i virksomheten og som bl.a. inkluderer å tolke regelverk.

Kulturen er i konstant endring. Den påvirkes av samfunnskrefter, samhandling, meningsdannende og felles oppfatninger. Verdier dannes gjennom fortolkninger og gis mening i sosiale prosesser.

Systemene i helsetjenesten er utviklet og ledet av mennesker. Det er menneskelig å feile og derav kan man slutte at siden systemene kan feile, så er de i bunn og grunn også uttrykk for menneskelig svikt. Men for å få bedre forebygging, må man tenke på systemer og ikke kun på individ. Å tenke på individet som årsak for svikt, gir syndebukk-mentalitet som er en blindvei for forebygging (Hjort, 2007).

Syndebukkmentalitet fritar andre for å tenke at en selv kan feile – det er ”den andre” som gjør feil. Det forekommer selvfølgelig også individuell svikt, men dette er langt sjeldnere, i følge intervju 5. Når så mange som en av tre leger oppgir å ha vært ansvarlig for alvorlig skade (Aasland og Førde, 2005), kan ikke lenger avviksproblematikk anses å være et individuelt problem – så hvorfor fortsetter kulturen med å begrense problemet til å være individets og ikke systemets problem?

Redselen for å bli ”stigmatisert”, hengt ut eller tap av anseelse blant kolleger er en gjennomgående problemstilling for hvorfor uheldige hendelser ikke blir meldt. Det er på mange måter litt underlig at det er så stor aversjon mot å melde nesten-ulykker. Ingen skade er skjedd, no-harm-event. Sannsynligheten for at en helsearbeider som har vært ute for en nesten-ulykke gjentar samme feil, er liten. Det er svært viktig at leder forstår hva som har skjedd og at man lærer av dette. Bosk (2003) viser nettopp til de strategier kollegiet bruker for å håndtere feil; man tilgir feil som gjøres, men man husker dem og passer på at det ikke gjentar seg. Tilsynsmyndighetene sier litt populært at skal du gjøre en feil, må du gjøre en ny feil.

Det er generelt liten aksept i den medisinske kulturen å innrømme feil eller å peke på feil hos kolleger. Den medisinske kulturen kan karakteriseres som defensiv og autoritær (Aasland og Førde, 2005). Den vektlegger profesjonell autonomi, sterk kollegialitet og selv-regulering, noe som gjør det uforenlig å fremme feilrapportering. Dette beskrives også hos Lawton and Parker. I USA er det sterke økonomiske hensyn som gjør at leger ikke melder avvik. Advokater kan uavhengig av om pasienter eller andre melder en skade, gå tilbake å saksøke den som har forvoldt skaden da disse får innsyn i avvikssystemene.

Det er vanskelig å forstå for oss at problemstillingen ikke intellektualiseres ut over tankegangen om egen nytteverdi. Meldesystemet er intendert å gi et kvalitetsforbedrende system til pasientgruppens beste, det er ikke et individrettet system for helsepersonell utover å gi kunnskap som kan benyttes ved behandling av neste pasient.

7.5 Profesjonsidentitet

Profesjonelle yrker skiller seg fra andre yrker i det at utøverne ofte må foreta kompliserte bedømmelser i enkelttilfeller ved hjelp av generell kunnskap – de må bruke skjønn. Å handle ut fra eget skjønn er en ledestjerne i profesjonelt arbeid.

Profesjonsutøvelse er derfor vanskelig å overvåke og kontrollere (Svensson og Karlsson, 2008).

Profesjonsutdanninger kjennetegnes av at de leder frem til et spesifikt yrke. Randall Collins (The Credential Society 1979) fremhever det slående i at medisinen tradisjonelt hadde høy status til tross for at det var først på midten av 1800-tallet at det ble utviklet holdbare behandlingsformer med vekt på hygiene og forebygging av smitte. De tidligere medisinske behandlingsformene var ikke bare feilaktige; utstrakt bruk av årelating og avføringsmidler var direkte skadelige. Etablering av utdanning på universitetsnivå er således ledd i en strategi og en maktkamp for å oppnå eller beholde monopol på bestemte arbeidsoppgaver og posisjoner, det som i profesjonslitteraturen blir betegnet som ”sosial lukning” (Molander og Terum, 2008, s.89).

Sykepleierutdanningen foregikk frem til 1960-tallet helt adskilt fra universitet og vitenskapelige høyskoler. Det enkelte sykehus hadde ansvaret for sykepleierutdanningen. Yrket ble betegnet som en ”semiprofesjon”. Det ble opprettet en egen høyskolesektor som alternativ til universitetene. Sykepleierutdanningen ble etter hvert lagt til disse høyskolene. Høyskoleprofesjonene har en sterk praktisk kunnskapstradisjon og har til dels vært skeptiske til en for ensidig vektlegging av abstrakt teoretisk kunnskap. Norsk Sykepleierforbund har lagt vekt på utviklingen av et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag blant annet gjennom opprettelse av sykepleievitenskap ved universitetene. Parallelt med dette har det også vært fremhevet viktigheten av å styrke praksisundervisningen i sykepleierutdanningen.

Bare de med ”rett utdannelse” kan utøve yrket. Sjelden og ettertraktede kunnskaper innebærer privilegerte posisjoner, og profesjoner kan derfor ha interesse av å begrense tilgangen til utdanningen slik at tilbudet av profesjonsutøvere begrenses. Legeforeningen argumenterer mot myndighetenes kjøp av studieplasser i utlandet og/eller økte studieplasser i Norge er eksempler på dette (Molander og Terum, 2008, s.120).

Mester-svenn

I den gamle håndverkskulturen var produktutviklingen integrert i produksjonen. Håndverkeren utviklet sitt fag gjennom å utøve det. Han tok gradvis opp nye metoder etter hvert som han lærte om dem. I en industriell sammenheng er det viktig å skille produktutvikling og produksjon. Nye produkter utvikles i en egen utviklingsavdeling. Når det nye produktet er ferdig utprøvet og kvalitetssikret, settes det i produksjon. I sykehusene har den industrielle utviklingsmetoden fortsatt lite gjennomslag. Nye metoder utvikles fortsatt i produksjonslinjen

I håndverkskulturen går kunnskap fra mester til svenn. Svennen er prisgitt mesteren for å få mesterbrevet. Dersom mesteren finner ham uegnet, kan han risikere å ikke få mesterbrevet. Mange assistent leger kjenner seg igjen i denne analogien. (Fosse, 2007)

Vi har fortsatt den gamle strukturen når det gjelder kunnskapsoverføring innenfor legeyrket, overlegene underviser medisinerstudentene og assistentlegene. Man får i tillegg til fagkunnskaper også mesterens kulturelle holdninger med på kjøpet. Vårt inntrykk er at opplæringen gir dårlig innføring i den praktiske virksomheten på en sykehusavdeling. Som eksempel kan nevnes mangelfull opplæring av medisinerstudenter i kurveføring. De må lære av hverandre med de farene for feil dette innebærer. Vi har begge opplevd turnusleger som blir satt i mottagelsen for å ta i mot de dårligste pasientene. I Sverige er det i følge representant for våre tilsynsmyndigheter forbudt ved forskrift at turnusleger skal være alene i mottagelser. I Norge er det ikke sjelden å finne turnuslegen i mottaket, med beskjed om at de skal tilkalle hjelp ved behov.

Vi har alle erfart den dårlige opplæringen nye leger får når de kommer til en ny arbeidsplass. Vaktcallingen i lomma første dag, finn ut selv. Dette har ikke endret seg gjennom mange år. I kontrast til den dårlige opplæringen av nye leger, går nyansatte sykepleiere gjennom opplæringsprogram for å sikre at de kjenner til pasientdiagnoser, prosedyrer, dokumentasjon, rutiner med mer. De skal for eksempel vite hvordan systemene fungerer før de blir satt alene på nattevakt. Dette har vi aldri sett i legegruppen. Der overlates man til seg selv fra dag én. Dette kan være med på å

forsterke individualismen som vi ser i legekulturen. Det har heller ikke vært fokus på samarbeid med andre yrkesgrupper. Endringene er imidlertid på rask fremmarsj. Det er slutt på den tiden da de eldste var best. Yngre leger er mye bedre på data enn de gamle legene. To tastetrykk på en datamaskin gir tilgang til State-of-the-art-kunnskap, og kunnskap er som kjent makt.

Utdanning for leger er i endring. Undervisningskonsulent Elin Skog ved Universitetet i Tromsø forteller at de er i ferd med å planlegge en endring av medisinerstudiet der samarbeid med sykepleiere skal vektlegges i større grad enn hittil. Dette hadde tvunget seg frem pga. den nye samhandlingsreformen og som et virkemiddel for å få flere leger og sykepleiere ut i primærhelsetjenesten.

8. Konklusjoner

Undersøkelsen vår viser at lovverket ikke er tilstrekkelig kjent blant helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Skal helsearbeidere melde, må de forstå hvorfor de skal melde samtidig som det skal være trygt og positivt. Støtte til helsepersonell etter feil og pasientskade er avgjørende for rapportering.

Virksomhetene er pålagt å følge opp avvik, men svikter ved at de ikke trekker kunnskap ut av de avvikene som meldes. Systematisk gjennomgang og analyse av avvik mangler. Innføring av ukens ”avvikstime” på den enkelte enhet burde være en glimrende arena for å lære av feil og avvik, og en anledning til å involvere de som ikke har vært med i selve hendelsen slik at de også får en mulighet til å lære. Dette forutsetter at dette er en arena der alle ansatte føler seg trygge og ivaretatt. Det må ikke være en arena der man er på jakt etter syndebukker.

Det hersker stor usikkerhet rundt begrepet påregnelig risiko. Hva har man plikt til å melde og hva behøver man ikke melde? Er lovverket klart nok på dette punktet? Vi tror at dette kan være en medvirkende årsak til underrapportering av pasientskader. Det enkelte HF/enhet bør ta en grundig diskusjon innad i organisasjonen om hva de skal melde av såkalte påregnelige hendelser for å få et godt utgangspunkt for læring.

Det er viktig å etablere feilrapporteringssystemer som sikrer en åpen og aktiv meldekultur. Alle feil og avvik må analyseres og systematiseres. Disse rapportene må i neste omgang være gjenstand for diskusjoner på personalmøter slik at man kan lære av dem. Dette arbeidet må forankres og etterspørres av ledelsen. Det bør legges opp til tverrfaglige møter da mange avvik nettopp har sitt utspring i misforståelser og dårlige rutiner mellom de ulike helsepersonellgruppene.

Kvalitetsutvalgene må forankres høyt i institusjonen og gis myndighet for å kunne bedrive sitt arbeid. De må på bakgrunn av innmeldte avvik lage rapporter som aktivt bør tas opp på ledelsesnivå i klinikk- og sykehus. Endring av rutiner og etablering av

systemer må mange ganger besluttes på overordnet nivå. Dette betyr i de fleste virksomheter at kvalitetsutvalget må ligge i direktørens stab og kunne involvere øverste leder/direktøren ved håndtering av enkelte hendelser. Hvis ikke, vil kvalitetsutvalget kun bli et koordinerende organ for avviksmeldingers vei videre i systemet uten mulighet til å påvirke årsakene til uønskede hendelser. Kun systematisk fokus på sikkerhet på alle nivåer kan få ned antall avvikshendelser i helsevesenet.

Kulturen er i endring innen spesialisthelsetjenesten. Vi står i dag mellom den tradisjonelle, hierarkiske sykehuskulturen og den moderne såkalte New Management-kulturen. I dette endringsbildet ligger også en forskyvning av makt og en endring av roller.

Kildeliste

Ahlgren T "Läkarna sämst på avvikelserapportering" Läkartidningen 2003; 100:2152

Album Dag & Georges Midre (1991) *Mellom idealer og realiteter, studier i medisinsk sosiologi* Ad Notam

Andresen Jan Fredrik og Jo Kittilsen (2007)"Internkontroll og fag- spiller de på samme lag?" Masteroppgave fra Institutt for helseledelse og helseøkonomi Det medisinske fakultet UIO

Barach Paul, S D Small "Reporting and preventing medical mishaps: Lessons for non-medical near miss reporting systems" BMJ 2000; 320: 759-763

Befring Anne Kjersti og Bente Ohnstad (2001) *Helsepersonelloven – med kommentarer* Fagbokforlaget 2. utgave Bergen

Berg Ole "Medikrati, hierarki og marked. Noen historiske betraktninger om regulering av medisinsk yrkesutøvelse." I Album D, G Midré, (1991) red. *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Oslo: Ad Notam, s. 147 – 75

Bosk Charles "Forgive and remember. Managing medical failure" 2003

Baalsrud, Anders, foredrag Rikshospitalet oktober 2008

Dagens medisin 04 – 2009 side 6 "Leger er for selvopptatte"

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten FOR-2002-12-20-1731

Fosse Erik (2007)*Intervensjonssenteret ved Rikshospitalet og den industrielle revolusjonen i helsevesenet* Michael; 4: Supplement 6, Oslo The Norwegian Medical Society 2007.

Hawkes N "NHS reorganisation. Who`s kicking who?" BMJ 2006; 333: 645-8)

Helsepersonelloven Lov om helsepersonell m.v. med tilhørende forskrifter LOV-1999-07-02 nr 64

Hjort Peter F. (2007)*Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok* Gyldendal Akademisk Oslo

Hofoss Dag og Ellen Deilkås "Roadmap for patient safety research: approaches and roadforks" Scandinavian Journal of Public Health, 2008; 36: 812 – 817

Holme Idar Magne og Bernt Krohn Solvang (1996) *Metodevalg og metodebruk* TANO 3.utgave

Høie I "Legekultur og kollegialitet under press"
Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:2928-30

Internkontrollforskriften Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter FOR-1996-12-06-1127

Internkontroll i sykehus - med hovedvekt på kvalitetsutvalgenes funksjon i virksomhetenes interne avviksbehandling Oppsummeringsrapport juli 2001

Kaldjian L C, V L Forman-Hoffman E W Jones, B J Wu, B H Levi, G E Rosenthal
"Do faculty and resident physicians discuss their medical errors?" Journal of

Medical Ethics 2008; 34:717-722

Kringen Jacob (2009) *Culture and control regulation of risk in the Norwegian petroleum industry* Dissertation for the Degree of PhD Faculty of Social Sciences University of Oslo

Larsen K. "Fra overlæge til invalidepensionist" Ugetidskriftet for læger 2007; 169:882-3

Lawton R, D Parker, "Barriers to incidence reporting in a healthcare system quality and safety in health care" 2002; Vol.11: Iss. 1: pg. 15. 4

Liang B A "Error in Medicine: Legal Impediments to U.S" Reform Journal of Health Politics, Policy and Law; Feb 1999; 24,1; ProQuest Nursing and Allied Health Source pg. 27

Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001-2007 Rapport fra Helsetilsynet 5/2008

Mesel Terje 2008 *Profesjonelle i klemme* Avhandling for graden philosophiae doctor Medisinsk fakultet Universitetet i Oslo

Molander Anders og Lars Inge Terum 2008 *Profesjonsstudier* Universitetsforlaget Oslo

Molven Olav 2006 *Helse og jus En innføring for helsepersonell* Gyldendal Akademisk Oslo

Nessa J, Schei E og Stensland P "Korleis møter allmennlegane pasientanes livsproblem?" Tidsskrift for den norske legeforening nr.13-14, 2009; 129: 1323-5

NOU: 1992:32 Bedre struktur i lovverket

Om lov om endringer i lov 19. juni 1969 nr 57 om sykehus mv og i visse andre lover Ot prop nr 33 (1991-92)

Om lov om helsepersonell m v Ot prop nr 13 (1998-99)

Om lov om spesialisthelsetjenesten m m Ot prop nr 10 (1998-99)

Pasientrettighetsloven Lov om pasientrettigheter LOV-1999-07-02 nr 63

Pasientskadeloven Lov om erstatning ved pasientskader mv. LOV 2001-06-15 nr 53

Paulsen og Brattebø ”Medisinstudentar og legar sine haldningar til medisinske feil og pasientskade” Tidsskrift for den norske legeforening nr.16; 2006; 126:2129-32

Rundskriv I-54/2000 Meldeplikt til fylkeslegen om betydelige personskader – spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – justeringer av meldeordningen

Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester Rapport fra Helsetilsynet 11/2002

Skjervheim H 1996 *Det instrumentalistiske mistaket. Deltakar og tilskodar og andre essays* Oslo Aschehougs forlag, 2. opplag 2001

Spesialisthelsetjenesteloven Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV 1999-07-02 nr 61

Språkrådet Bokmålsordboka <http://www.dokpro.uio.no/ordboksoek.html>

Store norske leksikon 2009 <http://www.snl.no/hermeneutikk>

Svensson, Lennart og Karlsson, Anette "Profesjoner, kontroll og ansvar" i
Molander Anders og Lars Inge Terum 2008 *Profesjonsstudier* Universitetsforlaget
Oslo

Teigen I M, Rendum K L, Slørdal L og Spigset O "Feilmedisinering hos pasienter
innlagt i sykehus" Tidsskrift for den norske legeforening nr.13-14, 2009; 129:
1337-41

Thomassen Kirti Mahajan "Når har man krav på erstatning for pasientskade"
Tidsskrift for den norske legeforening nr. 13-14 2004 s.1812-1813

Vetlesen A "Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og
sårbarhet" Tidsskriftet for Den norske legeforening 2001; 121:1118-21

Aasland O G, R Førde "Impact of feeling responsible for adverse events on
doctors` personal and professional lives: the importance of being open to criticism
from colleagues" Quality and Safety in Health Care 2005; **14**: 13-17